



ICD-10-CA | CCI

Guide de codification des données en obstétrique

Mise à jour en septembre 2022



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Guide de codification des données en obstétrique*. Ottawa, ON : ICIS; septembre 2022.

This publication is also available in English under the title *A Guide to Obstetrical Coding*.

Table des matières

À propos de l'ICIS	6
Chapitre 1 : Introduction	7
Survol du guide	7
Chapitre 2 : Faux travail et travail avant terme	9
Aperçu du chapitre	9
2.1 Stades du travail	9
2.2 Faux travail	11
2.3 Travail avant terme	12
2.4 Menace de travail avant terme	14
2.5 Prise en charge du travail avant terme	15
2.6 Exercices pratiques	16
2.7 Résumé du chapitre	17
2.8 Étude de cas	18
Chapitre 3 : Rupture prématurée des membranes	19
Aperçu du chapitre	19
3.1 Description clinique de la rupture prématurée des membranes	19
3.2 Prise en charge de la rupture prématurée des membranes ²	22
3.3 Classer la rupture prématurée des membranes	23
3.4 Classer l'oligoamnios et la chorio-amnionite dans les cas sans rupture prématurée des membranes	26
3.5 Classer les accouchements retardés après la rupture spontanée ou non précisée des membranes et la rupture prématurée des membranes	28
3.6 Exercices pratiques	28
3.7 Résumé du chapitre	30
3.8 Étude de cas	30
Chapitre 4 : Maturation cervicale, déclenchement et stimulation du travail	32
Aperçu du chapitre	32
4.1 Maturation cervicale	32
4.2 Méthodes de maturation cervicale	34
4.3 Déclenchement du travail	35
4.4 Méthodes de déclenchement du travail ²	37
4.5 Stimulation du travail	38

4.6	Échec du déclenchement du travail	39
4.7	Exercices pratiques.....	40
4.8	Résumé du chapitre.....	41
4.9	Étude de cas	42
Chapitre 5 : Dystocie et échec du travail		45
Aperçu du chapitre		45
5.1	Relations fœto-pelviennes	45
5.2	Mécanismes du travail normal ¹	50
5.3	Dystocie, échec du travail et travail difficile.....	53
5.4	Problèmes liés au fœtus — Position et présentation anormales, rotation incomplète de la tête du fœtus.....	55
5.5	Problèmes liés à la voie vaginale — Disproportion céphalo-pelvienne.....	59
5.6	Autres dystocies (O66)	60
5.7	Problèmes liés aux forces en jeu — Inertie utérine et fatigue de la mère	61
5.8	Exercices pratiques	63
5.9	Résumé du chapitre	64
5.10	Études de cas.....	65
Chapitre 6 : Accouchement vaginal assisté.....		68
Aperçu du chapitre		68
6.1	Définitions relatives à un accouchement vaginal assisté.....	68
6.2	Indications pour l'accouchement vaginal assisté.....	71
6.3	Accouchement par forceps	72
6.4	Accouchement par ventouse	76
6.5	Échec d'application d'une ventouse ou d'un forceps.....	78
6.6	Utilisation d'un forceps ou d'une ventouse par l'incision d'une césarienne.....	79
6.7	Exercices pratiques	81
6.8	Résumé du chapitre	82
6.9	Études de cas.....	83
Chapitre 7 : Présentation et extraction par le siège		86
Aperçu du chapitre		86
7.1	Présentation par le siège	86
7.2	Accouchement par le siège	88
7.3	Version podalique interne et extraction par le siège en présentation transverse.....	92
7.4	Exercices pratiques	93
7.5	Résumé du chapitre	94
7.6	Étude de cas	94

Chapitre 8 : Césarienne	96
Aperçu du chapitre	96
8.1 Indications de césarienne	96
8.2 Types de césarienne	97
8.3 Complications liées à la césarienne	103
8.4 Césarienne antérieure	105
8.5 Exercices pratiques	112
8.6 Résumé du chapitre	112
8.7 Étude de cas	113
Chapitre 9 : Hémorragie post-partum	115
Aperçu du chapitre	115
9.1 Définition de l'hémorragie post-partum.....	115
9.2 Causes et classification de l'hémorragie post-partum (les quatre T)	117
9.3 Typage du diagnostic de l'hémorragie post-partum	123
9.4 Prévention de l'hémorragie post-partum	123
9.5 Prise en charge de l'hémorragie post-partum	124
9.6 Exercices pratiques	131
9.7 Résumé du chapitre	131
9.8 Étude de cas	132
Chapitre 10 : Détresse fœtale	134
Aperçu du chapitre	134
10.1 Émission de méconium en présentation céphalique	134
10.2 Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale (FCF) ¹²	135
10.3 Classification de la détresse fœtale — Abrégé de la mère.....	136
10.4 Acidémie fœtale.....	139
10.5 Classification de l'acidémie — Nouveau-né	140
10.6 Exercices pratiques	143
10.7 Résumé du chapitre	144
10.8 Études de cas.....	144
Annexes.....	147
Annexe A : Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques	147
Annexe B : Références	164

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens.

Nous diffusons des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données sur la santé, de mesures et de normes, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes. Soucieux de protéger la vie privée des Canadiens, nous assurons la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé que nous fournissons.

Chapitre 1 : Introduction

Survol du guide

Introduction

Le *Guide de codification des données en obstétrique* est une ressource qui traite de certains des aspects les plus complexes et les plus exigeants de la codification des données en obstétrique à l'aide de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA) et de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Avant la publication du présent guide, son contenu faisait partie de la formation en ligne Codification des données obstétriques — Au-delà des notions de base. Tous les chapitres présentent des renseignements cliniques pertinents et passent en revue les normes de codification applicables ainsi que les codes de la CIM-10-CA et de la CCI. À la fin des chapitres, les participants auront l'occasion de mettre en application les notions apprises en répondant à une étude de cas.

Quel est l'objectif de ce guide?

Les enregistrements sur les sorties des services d'obstétrique représentent une bonne partie de l'ensemble des abrégés de la Base de données sur les congés des patients (BDGP). Les patientes en obstétrique se distinguent des autres patients hospitalisés en soins de courte durée, car elles ne sont pas malades à proprement parler. C'est ce qui différencie la codification et le typage de diagnostic des patientes en obstétrique des autres patients. De plus, la documentation pose souvent problème dans les dossiers obstétricaux. En effet, l'absence d'un diagnostic clair, les renseignements contradictoires et l'interprétation fautive des définitions causent souvent des problèmes en codification de données en obstétrique. C'est pourquoi la sélection des codes en obstétrique repose souvent sur les critères établis dans les *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI* (les normes de codification). Les normes de codification et le présent guide ont été élaborés en étroite collaboration avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Les principaux objectifs de ce guide sont les suivants :

- brosser le portrait général des pratiques cliniques pour les lecteurs afin que ces derniers comprennent mieux les renseignements dans les dossiers et la structure des codes des classifications et puissent poser les bonnes questions aux médecins pour obtenir des éclaircissements, s'il y a lieu;
- passer en revue les normes de codification pertinentes pour qu'elles soient interprétées et utilisées de façon uniforme;
- normaliser les pratiques de codification afin de compiler dans la BDCP des données justes, cohérentes et comparables sur les services en obstétrique;
- se servir des études de cas pour comprendre la pratique, consulter les normes de codification correspondantes et bien utiliser les classifications;
- reconnaître qu'il incombe au dispensateur de soins de veiller à ce que les diagnostics et les interventions soient bien enregistrés — les normes de codification ne sont d'aucune aide si la documentation est incomplète ou si elle contient des renseignements incohérents.

À qui s'adresse ce guide?

Ce guide s'adresse aux professionnels en gestion de l'information sur la santé qui se servent des données de la BDCP et qui sont chargés de codifier les enregistrements sur les patientes en obstétrique, de soumettre les données à l'ICIS ou d'analyser les données sur la santé. Les participants doivent connaître les rudiments des Normes de codification concernant l'obstétrique et les deux outils de classification CIM-10-CA et CCI.

Survol du guide

En plus de l'introduction et du survol, ce guide est divisé en neuf chapitres contenant chacun une série de sections.

Les titres des neuf chapitres sont les suivants :

- Faux travail et travail avant terme
- Rupture prématurée des membranes
- Maturation cervicale, déclenchement et stimulation du travail
- Dystocie et travail difficile
- Accouchement vaginal assisté
- Présentation et extraction par le siège
- Césarienne
- Hémorragie du post-partum
- Détresse foetale

Chapitre 2 : Faux travail et travail avant terme

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous aborderons les différences entre le faux travail et le vrai. Nous traiterons également des notions de base relatives aux diagnostics et de la prise en charge du travail avant terme. Nous passerons en revue les normes de codification pertinentes et les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI, et nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes à l'aide d'une étude de cas.

Le présent chapitre comprend les cinq sections suivantes :

- Section 2.1 : Stades du travail
- Section 2.2 : Faux travail
- Section 2.3 : Travail avant terme
- Section 2.4 : Menace de travail avant terme
- Section 2.5 : Prise en charge du travail avant terme

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et une étude de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

2.1 Stades du travail

Le travail se divise en trois **stades**.

Premier stade

- Intervalle entre le commencement du travail et la dilatation complète du col de l'utérus.
- Cet intervalle dure habituellement de 6 à 18 heures chez les femmes primipares et de 2 à 10 heures chez les femmes multipares.
- Comprend deux **phases**.

Phase de latence

- Du commencement du travail jusqu'au commencement de la phase active de dilatation du col de l'utérus.
- Effacement et dilatation du col de l'utérus allant de 0 à 3 ou 4 cm.

- Il semble que peu de choses se produisent, mais les contractions se coordonnent, s'intensifient et deviennent de plus en plus efficaces.
- Le col de l'utérus devient mou, souple et élastique.
- La phase de latence dure en moyenne 8,6 heures chez les femmes primipares et 5,3 heures chez les femmes multipares. Si elle dure plus de 20 heures chez les femmes primipares ou plus de 14 heures chez les femmes multipares, cette phase est considérée comme étant prolongée.



Conseil

La phase latente du travail n'est pas un faux travail.

Phase active

- De la fin de la phase de latence jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus.
- Dès que le col de l'utérus atteint 3 ou 4 cm.
- Le col de l'utérus devient souple et la dilatation progresse rapidement.
- Les contractions deviennent habituellement très fortes et régulières, soit toutes les deux à trois minutes.
- Le fœtus commence sa descente dans la dernière partie de cette phase. La descente progresse le plus lorsque la dilatation du col de l'utérus est complète.
- Dès que la descente commence, elle devrait être progressive.
- Les descentes de moins de 1 cm par heure chez les femmes primipares et de moins de 2 cm par heure chez les femmes multipares sont anormales. Dans ces cas, il est conseillé de procéder à des vérifications.
- La phase active moyenne dure 5,8 heures chez les femmes primipares et 2,5 heures chez les femmes multipares.

Deuxième stade

- Intervalle entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant.
- Cet intervalle dure habituellement de 30 minutes à 3 heures chez les femmes primipares et de 5 à 30 minutes chez les femmes multipares.

Troisième stade

- Intervalle entre la naissance de l'enfant et la sortie du placenta.
- Cet intervalle dure habituellement de 5 à 30 minutes.

Certains documents font aussi référence à un **quatrième stade** de travail, soit les deux premières heures qui suivent l'expulsion du placenta. Il s'agit du moment où on vérifie le tonus utérin.

Début du travail

Comme il est souvent difficile de déterminer avec précision le début du travail, il n'existe pas de définition unanimement acceptée à ce sujet¹. Par conséquent, on observe des écarts dans les heures inscrites dans le dossier de la patiente, ce qui complique le travail des codificateurs calculant la durée du travail, en particulier la durée du premier stade et celle du travail trop rapide.

Sur quelle heure le codificateur devrait-il donc se baser pour calculer la durée du travail?

La SOGC a informé l'ICIS que les codificateurs devraient tout simplement se fier à l'heure de début du travail indiquée dans le dossier d'accouchement pour calculer la durée du travail.

2.2 Faux travail

Le **faux travail** se définit par des contractions inefficaces comparables aux douleurs liées au travail, sauf que ces contractions **ne sont pas suivies de l'effacement ni de la dilatation du col de l'utérus**. Contrairement aux contractions du vrai travail, ces contractions sont irrégulières et ne suivent aucun rythme particulier. Elles ne s'intensifient pas de façon progressive, c'est-à-dire qu'elles ne deviennent ni plus fortes, ni plus longues, ni plus fréquentes. Ces contractions, aussi nommées contractions de Braxton-Hicks, préparent l'utérus en prévision du travail. Les contractions de Braxton-Hicks sont une cause fréquente de faux travail².

Il y a de nombreux signes qui indiquent qu'une patiente effectue un vrai travail, contrairement à un faux travail. **Le vrai travail** se présente habituellement avec une ou plusieurs de ces particularités.

Signes de vrai travail¹ :

- Douleur à intervalles réguliers
- Fréquence accrue des intervalles de douleur
- Allongement de la durée et augmentation de l'intensité de la douleur
- La douleur commence généralement à l'arrière pour se déplacer vers l'avant
- La marche accentue la douleur
- Lien entre le degré de durcissement de l'utérus et l'intensité de la douleur
- Expulsion très probable du bouchon muqueux

- Effacement et dilatation du col de l'utérus
- Descente de la partie qui se présente
- La tête demeure fixe entre les contractions
- La sédation n'arrête pas le vrai travail

Utérus irritable

Un « utérus irritable » produit des contractions irrégulières pendant la grossesse avant le commencement du travail. Ces contractions annoncent généralement des contractions de Braxton-Hicks (le muscle utérin qui se prépare en prévision du travail) ou sont des contractions de travail susceptibles de mener jusqu'à l'accouchement si elles ne sont pas supervisées. Tant que les contractions n'ont aucune incidence sur le col de l'utérus, il n'y a aucun risque de déclenchement du travail avant terme (il s'agirait, dans ce cas, d'un faux travail).

2.3 Travail avant terme

Le travail avant terme se caractérise par des contractions avant la 37^e semaine complète de gestation. Ces contractions sont suffisamment fortes et fréquentes pour causer progressivement l'effacement et la dilatation du col de l'utérus.

Notions de base pour le diagnostic

Âge du fœtus évalué à moins de 37 semaines.

Contractions utérines **régulières à intervalles fréquents**.

Changement du col de l'utérus inscrit au dossier ou **dilatation** ou **effacement** notable du col de l'utérus.

Il n'existe pas de définition claire sur le nombre de contractions utérines qui permettrait de confirmer qu'il s'agit de travail avant terme. Toutefois, on s'accorde pour dire que les contractions doivent être **régulières** et survenir à **intervalles fréquents**. De plus, **le col de l'utérus doit être effacé ou dilaté**².

Lorsque le travail débute avant la fin de la 37^e semaine de grossesse, attribuez un code de la catégorie O60 *Travail avant terme et accouchement*. Le travail peut être spontané ou déclenché et être suivi d'un accouchement par voie vaginale ou par intervention chirurgicale.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Travail avant terme

O60 Travail avant terme et accouchement

Comprend : Début (spontané) du travail avant 37 semaines entières de gestation

O60.0 Travail avant terme sans accouchement

Comprend : Travail avant terme :

- déclenché
- provoqué
- spontané

O60.003 Travail avant terme sans accouchement, avec troubles ou complications antepartum

O60.1 Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme

O60.101 Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum

Travail avant terme avec un accouchement SAI

Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme par césarienne

À l'exclusion de : Travail avant terme induit avec un accouchement avant terme (O60.3)

O60.2 Travail avant terme spontané avec accouchement à terme

O60.201 Travail avant terme spontané avec accouchement à terme, avec ou sans mention de troubles antepartum

Travail avant terme retardé (par traitement) avec accouchement à terme

Travail avant terme spontané avec un accouchement à terme par césarienne

O60.3 Accouchement avant terme sans travail spontané

O60.301 Accouchement avant terme sans travail spontané, avec ou sans mention de troubles antepartum

Accouchement avant terme par :

- césarienne, sans travail spontané induction
- induction

Le test de fibronectine fœtale

Il est possible de prédire le travail avant terme au moyen du test de fibronectine fœtale. La fibronectine fœtale est une protéine qu'il est possible de détecter dans les écoulements cervicovaginaux sécrétés pendant les grossesses normales avant la 20^e semaine de gestation et lorsque la grossesse est presque à terme. La présence de cette protéine entre la 20^e et la 34^e semaine de gestation est associée à la naissance avant terme. L'absence de cette protéine indique alors un faible risque de naissance avant terme. Lorsque les femmes enceintes passent le test de fibronectine fœtale entre la 20^e et 34^e semaine et qu'elles obtiennent un résultat négatif, les médecins considèrent que le risque de naissance avant terme est faible et qu'aucun traitement n'est requis.

2.4 Menace de travail avant terme

Lorsque les contractions surviennent avant la 37^e semaine de gestation, il faut déterminer s'il s'agit d'un « vrai » travail avant terme, d'une menace de travail avant terme ou d'un faux travail avant terme. Les contractions du travail avant terme qui n'ont aucune incidence sur le col de l'utérus se résorbent généralement d'elles-mêmes et n'exigent aucune intervention.

On codifie la menace de travail (faux travail) avant terme à l'aide de O47.003 *Faux travail avant 37 semaines entières de gestation, avec troubles ou complications antepartum*. L'entrée de ce code dans l'index alphabétique est :

Menace

– travail (voir aussi Travail, faux) O47.903

Travail

– faux O47.903

– – à ou après la 37^e semaine entière de gestation O47.103

– – avant la 37^e semaine entière de gestation O47.003

Le diagnostic de travail avant terme soulève certains dilemmes pour les médecins. Sur le plan clinique, il est souvent difficile de faire la distinction entre les « vraies » contractions avant terme et les « fausses » contractions ou une « menace » de travail avant terme. D'un côté, si le médecin attend d'avoir des preuves tangibles de « vrai » travail avant terme avant de traiter la patiente (par preuve tangible, nous entendons la dilatation progressive du col de l'utérus), le processus pourrait déjà être trop avancé pour qu'une intervention permette d'interrompre ou de retarder le travail avant terme. D'un autre côté, s'il n'est pas certain que la patiente est en travail avant terme, rien ne justifie une pharmacothérapie susceptible d'avoir des effets secondaires chez la mère et le fœtus¹.



Conseil

Une *menace de travail avant terme*, une durée du séjour prolongée et un traitement de tocolyse (administration de médicaments pour inhiber les contractions) ou un transfert vers un autre établissement (d'un niveau de soins supérieur) indiquent que la patiente est en travail avant terme.

Il faudrait vraisemblablement utiliser un code de la catégorie O60.–

Travail avant terme et accouchement au lieu de O47.003 *Faux travail avant 37 semaines entières de gestation, avec troubles ou complications antepartum.*

2.5 Prise en charge du travail avant terme

La prise en charge du travail avant terme dépend de l'âge du fœtus, de sa taille et de la présence ou non d'affections chez la mère ou l'enfant en raison desquelles il serait préférable de laisser le travail suivre son cours (p. ex. hémorragie, hypertension grave ou détresse fœtale).

La prise en charge se répartit en deux catégories :

Prise en charge de la femme enceinte

- Observation, repos au lit, hydratation (surveillance)

Intervention en cas de travail avant terme

- Corticostéroïdes — administrés pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale
- Tocolyse — administrée pour inhiber le travail; inhibition des contractions utérines à l'aide de médicaments tels le sulfate de magnésium ou l'indométacine (Indocid)
 - De 20 à 24 semaines et < 600 grammes — taux élevé de morbidité et risques accrus pour la mère sous tocolyse prolongée.
 - De 34 à 37 semaines et > 2 500 grammes — aucun avantage lié à la tocolyse.
 - L'objectif à court terme est de retarder l'accouchement de 48 heures afin que les corticostéroïdes atteignent leur effet maximal.
 - L'objectif à long terme est de poursuivre la grossesse au-delà de 34 semaines, pour se rendre à 37 semaines.



Conseils

- ▶ L'utilisation d'agents pharmaceutiques pour inhiber le travail latent est classée à 5.LC.32.^ Inhibition, travail latent. Un ou des codes de cette rubrique sont attribués, à titre facultatif, dans les cas où la patiente n'entre pas en phase de travail actif et/ou d'accouchement lors d'un épisode de soins. Si le travail n'est pas précisé comme étant « latent », le codifier comme « travail actif » (5.LD.32.^ Inhibition, travail actif).
- ▶ L'utilisation d'agents pharmaceutiques pour inhiber le travail actif est classée à 5.LD.32.^ Inhibition, travail actif. Un ou des codes de cette rubrique sont attribués, à titre facultatif, dans les cas où la patiente est considérée comme étant en travail actif.
- ▶ Vous pouvez codifier tous les agents administrés des rubriques 5.LC.32.^ et 5.LD.32.^.

Si un même agent est administré par deux voies distinctes, utilisez la deuxième colonne du tableau (voie d'administration combinée).

2.6 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

- 2.6.1** Une femme est hospitalisée à 30 semaines de grossesse en contractions. Le col utérin est dilaté de 1 cm et mesure environ 3 cm de long. Les contractions s'estompent sans changement notable du col. On administre 12 mg de bétaméthasone par voie intramusculaire à la patiente. Elle reste sous surveillance pendant 24 heures, puis elle obtient son congé. Le diagnostic final est *menace de travail avant terme*. S'agit-il d'un faux travail ou d'un travail avant terme? Justifiez votre réponse.

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

2.6.2 Comment codifieriez-vous un diagnostic final de contractions de Braxton-Hicks?
La patiente est à 38 semaines de grossesse.

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

2.6.3 La patiente est hospitalisée en début de travail. Le col est dilaté de 2 cm. Après une courte période d'observation, elle obtient son congé, mais elle est avisée de revenir lorsque son travail sera plus avancé. Il s'agit de sa première grossesse. Le diagnostic final est *travail en phase de latence*. S'agit-il d'un faux travail?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

2.7 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a abordé les différences entre le vrai travail et le faux, de même que les notions de base relatives au diagnostic et à la prise en charge du travail avant terme. Voici certains points saillants :

- les contractions liées au faux travail ne sont pas assez fortes ni assez fréquentes pour modifier le col de l'utérus;
- le travail avant terme se caractérise par des contractions avant la 37^e semaine complète de gestation. Ces contractions suffisent à provoquer l'effacement et la dilatation du col;
- le terme *menace* de travail avant terme peut indiquer un faux travail ou un travail avant terme;
- une durée de séjour prolongée, un traitement tocolytique ou un transfert vers un établissement d'un niveau de soins supérieur sont des indices d'un vrai travail avant terme;
- il est facultatif d'attribuer les codes de la CCI relatifs à l'inhibition du travail;
- les corticostéroïdes sont administrés pour stimuler la maturation pulmonaire fœtale et non pour inhiber le travail.

2.8 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, inscrivez les types de diagnostics appropriés et indiquez les principales interventions à codifier.

2.8.1 Étude de cas

Date d'admission : Le 28 octobre 2018

Date de sortie : Le 1^{er} novembre 2018

Diagnostic principal : Menace de travail avant terme à la 30^e semaine

Interventions : Accouchement spontané par voie vaginale à 30 semaines et 4 jours. Sans épisiotomie ni déchirure.

Résumé des événements du séjour : La patiente en travail avant terme est hospitalisée. Elle reçoit des stéroïdes (bétaméthasone IM). Elle accouche trois jours plus tard. Aucune complication après l'accouchement.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 3 : Rupture prématurée des membranes

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous allons définir la rupture prématurée des membranes et aborder la prise en charge de ces cas. Nous allons passer en revue les normes de codification pertinentes et les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI, et nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements inscrits aux dossiers des patientes en se penchant sur une étude de cas.

Le présent chapitre est composé des cinq sections suivantes :

- Section 3.1 : Description clinique de la rupture prématurée des membranes
- Section 3.2 : Prise en charge des cas de rupture prématurée des membranes
- Section 3.3 : Classer la rupture prématurée des membranes
- Section 3.4 : Classer l'oligoamnios et la chorio-amnionite dans les cas de rupture prématurée des membranes
- Section 3.5 : Classer les accouchements retardés après la rupture spontanée ou non précisée des membranes et la rupture prématurée des membranes

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et une étude de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

3.1 Description clinique de la rupture prématurée des membranes

Le déroulement normal du travail se caractérise par le commencement des contractions et la rupture du sac amniotique (membranes). Lorsque les membranes se brisent avant le début des contractions, on dit qu'il s'agit d'une *rupture prématurée des membranes*.

La rupture prématurée des membranes peut également être subdivisée en deux catégories, soit la rupture prématurée des membranes à **terme** (rupture après 37 semaines complètes) et la rupture prématurée des membranes **avant terme** (rupture avant la fin de la 37^e semaine). La rupture prématurée des membranes devient un problème si le fœtus est prématuré ou si les membranes sont brisées pendant une longue période de temps avant le début du travail (c.-à-d. pendant plus de 24 heures).



Mise en garde

Dans l'expression « rupture prématurée des membranes », ne pas confondre « prématuré » avec « avant terme ». Le premier signifie que les membranes se sont déchirées avant le début du travail tandis que le deuxième fait référence à l'âge gestationnel au moment de la rupture des membranes.

La rupture prématurée des membranes complique environ 10 % des grossesses à terme et près de 30 % des grossesses avant terme. De 50 % à 70 % des patientes amorceront le travail dans un délai de 48 heures. Dans 80 % à 90 % des cas, le travail commence dans les 24 heures si l'âge gestationnel est presque à terme. Toutefois, si l'âge gestationnel est inférieur à 36 semaines, le travail spontané ne se déclenche dans les 24 heures que dans 35 % à 50 % des cas.

Attribuez un code de la catégorie O42 *Rupture prématurée des membranes* lorsqu'il y a rupture **spontanée** du sac amniotique **plus d'une heure avant le début du travail**. Sélectionnez le code de la catégorie O42 en fonction de l'intervalle entre la rupture des membranes et le début du travail, avec un deuxième axe pour **l'âge gestationnel (à terme ou avant terme) au moment de la rupture**.

Remarque : Pour déterminer le début du travail, utilisez l'heure qui est consignée dans le dossier de l'accouchement.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Rupture prématurée des membranes

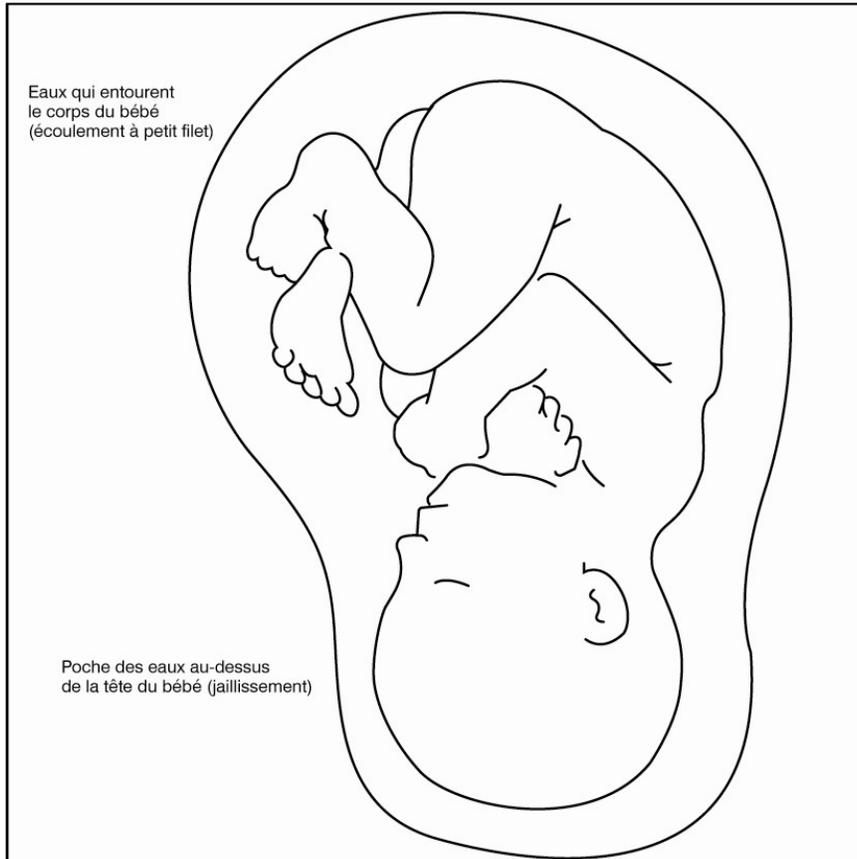
Conséquences liées à la rupture prématurée des membranes

- Travail avant terme
- Procidence du cordon
- Hématome rétroplacentaire
- Amnionite
- Présentation anormale, particulièrement par le siège
- Sepsie néonatale

Eaux du sac amniotique

Au fur et à mesure que la tête du bébé s'engage et descend, elle se place dans le bassin et sépare les eaux du sac amniotique en deux. Une partie des eaux se retrouve au-dessus de la tête du fœtus (partie supérieure du sac), tandis que le reste entoure son corps. Si la partie du sac au-dessus de la tête du fœtus se brise, le liquide amniotique jaillit. Si toutefois l'autre partie du sac se brise avant la première, le liquide amniotique coule à petit filet et de façon intermittente. Il peut être difficile de faire la distinction entre cet écoulement et celui de l'urine.

Sac amniotique



Le pH du liquide amniotique est neutre, tandis que la partie supérieure du vagin est normalement acide. C'est pourquoi un test positif du pH sur papier réactif à la nitrazine indique la rupture des membranes; un examen des sécrétions vaginales (test de cristallisation ou épreuve d'arborisation cervicale) est habituellement effectué pour confirmer ce résultat. Ce test consiste à étaler un échantillon de sécrétion sur une lame et à le laisser sécher, puis à l'examiner à l'aide d'un puissant microscope. Le chlorure de sodium du liquide amniotique cristallisera et prendra la forme d'une feuille de fougère, ce qui confirme que les membranes ont bel et bien rompu.

Question : Une patiente est hospitalisée en raison d'une rupture prématurée des membranes avant terme. Les notes du médecin précisent qu'il y a eu rupture de la membrane autour du fœtus. On décide de provoquer l'accouchement en crevant la partie supérieure du sac amniotique. Le travail commence dans les 24 heures qui suivent la rupture. Pouvez-vous inscrire sur le même abrégé O42.011 *Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail dans les 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* et 5.AC.30.AP *Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes*?

Réponse : Oui, il est juste d'attribuer les codes de rupture prématurée des membranes et de déclenchement du travail par rupture artificielle des membranes. Dans ce cas, il est obligatoire de codifier le déclenchement du travail.

3.2 Prise en charge de la rupture prématurée des membranes²

La prise en charge de la rupture prématurée des membranes (RPM) dépend de l'âge du fœtus et de la présence ou non d'une amniotite (invasion de la cavité amniotique par des micro-organismes). L'amniotite expose le fœtus à une sepsie. Les bébés prématurés sont les plus susceptibles de développer ce type d'infection potentiellement mortelle.

Rupture prématurée des membranes dans les cas de grossesse avant terme ou à terme, avec amniotite

S'il y a présence d'amniotite, il est plus prudent de faire en sorte que le fœtus ne demeure pas dans l'utérus, et ce, **peu importe l'âge gestationnel**.

Grossesse à terme sans amniotite

La grossesse à terme sans preuve d'amniotite peut être prise en charge de deux façons, soit passive (attente du travail spontané) ou active (déclenchement ou stimulation du travail). La méthode passive constitue un traitement initial acceptable, mais si le travail de la patiente ne commence pas spontanément dans des délais raisonnables, il faudra le déclencher. L'objectif est d'accoucher dans les 24 heures suivant la rupture des membranes. Si ce n'est pas le cas, on parle alors d'un problème de rupture prolongée des membranes (accouchement retardé).

Grossesse avant terme sans amniotite

Rupture prématurée des membranes entre 33 et 36 semaines de gestation complétées : Ces cas peuvent être pris en charge de la même façon qu'une grossesse à terme. Rien ne prouve que les antibiotiques, les corticostéroïdes ou les médicaments tocolytiques (les médicaments inhibiteurs des contractions utérines) améliorent les résultats pour ces patientes. Tant qu'il n'y a pas présence d'amniotite, ces patientes peuvent être prises en charge de façon passive.

Rupture prématurée des membranes avant 24 semaines de gestation : Ces cas présentent des taux très faibles de survie du fœtus et comportent des risques élevés pour la mère. Rien ne prouve que l'administration de stéroïdes, de médicaments tocolytiques ou d'antibiotiques aussi tôt est avantageuse. Il est donc possible de traiter ces patientes de façon passive ou de leur donner l'option de mettre fin à la grossesse.

Rupture prématurée des membranes entre 24 et 32 semaines de gestation complétées : Selon diverses recherches sur les antibiotiques, les corticostéroïdes et les médicaments tocolytiques, ces méthodes peuvent prolonger la grossesse et améliorer les résultats. Ces patientes seront donc traitées de façon active dans la plupart des cas.

Prise en charge des patientes en consultation externe

Dans certains cas, les patientes qui n'ont pas accouché peuvent être orientées en consultation externe aux fins de suivi. Elles peuvent retourner à leur domicile si les écoulements se résorbent, si elles ne font pas de fièvre et si elles ne présentent aucun signe d'irritabilité de l'utérus. Elles doivent cependant être surveillées de près pour éviter l'amnionite.

3.3 Classer la rupture prématurée des membranes

La rupture des membranes avant le début des contractions est classée à la catégorie *O42 Rupture prématurée des membranes*.

À l'aide du quatrième caractère, la CIM-10-CA permet de sous-catégoriser les cas en précisant le temps écoulé entre la rupture des membranes et le début du travail. Le cinquième caractère du code permet de saisir l'information sur l'âge gestationnel au moment de la rupture des membranes (avant terme, à terme ou non précisé comme étant avant terme ou à terme).

O42 Rupture prématurée des membranes	Accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	Troubles ou complications antepartum	Épisode de soins non précisé ou sans objet
O42.01 Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail dans les 24 heures	O42.011	O42.013	O42.019
O42.02 Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail dans les 24 heures	O42.021	O42.023	O42.029
O42.09 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures, non précisée comme étant avant terme ou à terme	O42.091	O42.093	O42.099
O42.11 Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail au-delà de 24 heures À l'exclusion de : avec travail retardé par traitement (O42.2)	O42.111	O42.113	O42.119
O42.12 Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail au-delà de 24 heures À l'exclusion de : avec travail retardé par traitement (O42.2)	O42.121	O42.123	O42.129

	Accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	Troubles ou complications antepartum	Épisode de soins non précisé ou sans objet
O42 Rupture prématurée des membranes			
O42.19 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail au-delà de 24 heures, non précisée comme étant avant terme ou à terme À l'exclusion de : avec travail retardé par traitement (O42.2)	O42.191	O42.193	O42.199
O42.2 Rupture prématurée des membranes, travail retardé par traitement	—	O42.203	O42.209
O42.9 Rupture prématurée des membranes, sans précision Comprend : Rupture prématurée des membranes, sans début de travail	O42.901	O42.903	O42.909

O42.2 Rupture prématurée des membranes, travail retardé par traitement

O42.203 *Rupture prématurée des membranes, travail retardé par traitement, troubles ou complications antepartum* sera utilisé lorsque le traitement parvient à retarder le travail et que la patiente obtient son congé pour être suivie en consultation externe. Si le travail ou l'accouchement survient pendant la période d'admission, il faut utiliser le code approprié en précisant le *début du travail*, et ce, même si le travail est retardé pendant un certain temps durant l'admission en cours.

Rupture, rompu, rompue

– membrane, membranes (spontanée) (de)

– – prématurée O42.9

– – – début du travail

– – – – au-delà de 24 heures (saisir le cinquième caractère pour préciser une grossesse avant terme ou à terme) O42.19–

– – – – dans les 24 heures (saisir le cinquième caractère pour préciser une grossesse avant terme ou à terme) O42.09–

– – – – retardée par traitement (O42.2) **(c.-à-d. que le travail n'a pas eu lieu, car on est parvenu à le retarder)**

O42.9– Rupture prématurée des membranes, sans précision

O42.9– comprend « Rupture prématurée des membranes, sans début du travail ».

O42.903 est sélectionné si la patiente est transférée vers un autre établissement avec rupture prématurée des membranes et que le travail n'a pas commencé. À ce stade, on ignore à quel moment le travail commencera (dans les 24 heures ou au-delà de 24 heures) ou si le travail commencera même avant l'accouchement (p. ex. dans le cas d'une césarienne).

Lorsqu'il y a rupture prématurée des membranes chez la patiente, la décision peut être prise de procéder directement à une césarienne en raison d'une situation urgente, comme la détresse fœtale. Lorsque la césarienne est effectuée avant le début du travail (c.-à-d. que le travail n'a pas commencé avant l'intervention), O42.901 est sélectionné.

Question : Si une patiente accouche à 36 semaines avec rupture prématurée des membranes, doit-on codifier la rupture prématurée des membranes et l'accouchement avant terme? Puisque la mention *avant terme* fait partie de O42.01– et O42.11–, doit-on aussi attribuer un code de la catégorie O60.– *Travail avant terme et accouchement*?

Réponse : La notion *avant terme* fait partie de O42.01– et O42.11–. Toutefois, la norme de codification « Travail avant terme » précise qu'on doit attribuer un code de la catégorie O60.– *Travail avant terme et accouchement* lorsque l'accouchement se produit avant la fin de la 37^e semaine de grossesse. Comme c'est le cas ici, il faut attribuer un des codes suivants O42.01– ou O42.11– ET O60.101 *Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum*. Veuillez noter que **avant terme** dans la catégorie O42 fait référence à l'âge gestationnel **au moment de la rupture** des membranes, tandis que dans la catégorie O60, l'expression sert à préciser l'âge gestationnel **au moment de l'accouchement**.

3.4 Classer l'oligoamnios et la chorio-amniotite dans les cas sans rupture prématurée des membranes

L'oligoamnios et la chorio-amniotite sont classés à la catégorie O41 *Autres anomalies du liquide amniotique et des membranes*.

O41 Autres anomalies du liquide amniotique et des membranes

À l'exclusion de : rupture prématurée des membranes (O42.–)

- O41.01 Oligoamnios, premier trimestre ++
- O41.02 Oligoamnios, deuxième trimestre ++
- O41.03 Oligoamnios, troisième trimestre ++
- O41.09 Oligoamnios, trimestre non précisé ++
++ Comprend : Oligoamnios, sans mention de rupture des membranes
- O41.11 Infection du sac amniotique et des membranes, premier trimestre ++
- O41.12 Infection du sac amniotique et des membranes, deuxième trimestre ++
- O41.13 Infection du sac amniotique et des membranes, troisième trimestre ++
- O41.19 Infection du sac amniotique et des membranes, trimestre non précisé ++
++ Comprend:
 - Amniotite
 - Chorio-amniotite
 - Membranite
 - Placentite
- O41.81 Autres anomalies précisées du liquide amniotique et des membranes, premier trimestre
- O41.82 Autres anomalies précisées du liquide amniotique et des membranes, deuxième trimestre
- O41.83 Autres anomalies précisées du liquide amniotique et des membranes, troisième trimestre
- O41.89 Autres anomalies précisées du liquide amniotique et des membranes, trimestre non précisé
- O41.9 Anomalie du liquide amniotique et des membranes, sans précision



Mise en garde

La note d'inclusion à O41.0– *Oligoamnios* précise que l'oligoamnios (insuffisance de liquide amniotique) causé par la rupture prématurée des membranes **n'est pas** codé ici. En règle générale, l'oligoamnios (O41.0–) et la rupture prématurée des membranes (O42) ne doivent pas figurer ensemble sur le même abrégé.



Remarque

Trimestres

Aux fins de cette classification, les trimestres sont définis de la façon suivante :

- Le premier trimestre couvre la période allant jusqu'à la treizième semaine de grossesse inclusivement (≤ 13 semaines).
- Le deuxième trimestre couvre la période allant de la quatorzième semaine jusqu'à la vingt-sixième semaine inclusivement (14 à 26 semaines).
- Le troisième trimestre correspond à plus de 26 semaines de grossesse (> 26 semaines).

Question : La note d'exclusion à la catégorie O41 *Autres anomalies du liquide amniotique et des membranes* signifie-t-elle qu'on ne peut codifier à la fois une rupture prématurée des membranes et une amniotite sur un seul et même abrégé?

Réponse : Selon la note d'exclusion à la catégorie O41, même s'il semble que la notion de rupture prématurée des membranes soit comprise à la catégorie O41 *Autres anomalies du liquide amniotique et des membranes*, en réalité, elle ne l'est pas. La rupture prématurée des membranes a sa propre catégorie, soit O42 *Rupture prématurée des membranes*. La note d'exclusion à la catégorie O41 signifie que vous pouvez attribuer des codes des catégories O41 et O42 si les deux conditions sont réunies.



Mise en garde

La chorio-amniotite ou la funiculite peuvent être seulement une constatation pathologique. Sans un diagnostic de fièvre ou d'autres signes d'infection dans la documentation, la mention d'une de ces affections suite à l'examen histologique n'est pas considérée significative. Un diagnostic pathologique de chorio-amniotite seulement n'empêche pas l'attribution de Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant*.

3.5 Classer les accouchements retardés après la rupture spontanée ou non précisée des membranes et la rupture prématurée des membranes

O75.601 *Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* renvoie à la période comprise entre la rupture des membranes et l'**accouchement**. La catégorie O42 *Rupture prématurée des membranes* renvoie à la période comprise entre la rupture des membranes et le **début du travail**.

Lorsque l'accouchement se produit plus de 24 heures après la rupture prématurée des membranes, attribuez le code supplémentaire O75.601 *Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Rupture prématurée des membranes

3.6 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

3.6.1 Une patiente se présente au service d'urgence avec une rupture prématurée des membranes avant terme (la rupture s'est produite deux heures auparavant). Elle est transférée dans un autre établissement de soins de courte durée. Le travail n'est pas commencé. Dans ce cas, quel serait le code approprié de la catégorie O42?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

3.6.2 Une patiente est hospitalisée à sa 33^e semaine de grossesse pour fuite de liquide amniotique. La patiente est mise au repos au lit. L'écoulement s'arrête au bout de quatre jours, et il n'y a pas d'évidence de commencement du travail. La patiente obtient son congé, mais on lui demande de prendre sa température toutes les quatre heures et de revenir immédiatement à l'hôpital en cas de fièvre. Dans ce cas, quel serait le code approprié de la catégorie O42?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

3.6.3 Patiente à sa 41^e semaine de grossesse admise pour déclenchement du travail. Le médecin rompt artificiellement les membranes et du gel vaginal Prostin est appliqué. Le travail commence deux heures plus tard. Dans ce cas, faut-il attribuer un code de la catégorie O42?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

3.6.4 Une femme se présente à l'hôpital avec une rupture prématurée des membranes à sa 35^e semaine de grossesse. Elle est hospitalisée, mais n'accouche pas avant la 37^e semaine. Devrait-on attribuer O42.111 *Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail au-delà de 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* ou plutôt O42.121 *Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail au-delà de 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

3.6.5 Une patiente a subi une césarienne à la suite d'une rupture prématurée des membranes avant terme. Aucun travail n'est amorcé. Il s'est écoulé quatre heures entre le moment de la rupture et la césarienne. Convient-il de sélectionner un code de la catégorie O42?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

3.7 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a passé en revue la définition de la rupture prématurée des membranes et la prise en charge de ces cas. Voici certains points saillants :

- la rupture prématurée des membranes signifie que les membranes se sont rompues avant le début du travail;
- la rupture prématurée des membranes pose problème si le fœtus est prématuré et/ou si les membranes sont rompues pendant une période prolongée avant le début du travail (soit plus de 24 heures);
- la prise en charge des cas de rupture prématurée des membranes dépend de l'âge gestationnel et de la présence ou non d'amniotite;
- les codes de la catégorie O42 doivent être sélectionnés en fonction du temps écoulé entre la rupture des membranes et le début du travail et du **stade de la grossesse au moment de la rupture**, c'est-à-dire à terme ou avant terme;
- l'oligoamnios dû à la rupture prématurée des membranes ne doit pas être classé à O41.0-;
- si les deux conditions sont réunies, l'amniotite et la rupture prématurée des membranes peuvent être codées sur le même abrégé;
- si l'**accouchement** se produit plus de 24 heures après la rupture prématurée des membranes, un code supplémentaire est attribué pour l'accouchement retardé (O75.601).

3.8 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

3.8.1 Étude de cas

Diagnostic définitif : Rupture prématurée des membranes avant terme
Déclenchement du travail
Accouchement par voie vaginale

Cheminement à l'hôpital : Une femme primigeste de 29 ans à 35 semaines et 5 jours de grossesse arrive à l'hôpital avec une rupture spontanée des membranes qui s'est produite à 1 h 30, le 8 décembre. Jusqu'à présent, sa grossesse se déroulait sans complication.

À l'examen, la tension artérielle et les signes vitaux sont stables. Le bébé est en position longitudinale et se présente par le sommet. Les battements cardiaques du fœtus sont audibles. La rupture des membranes est confirmée.

Le 8 décembre à 10 h 17, la patiente reçoit de l'ocytocine par voie intraveineuse et le travail débute peu après, à 11 h 15. Le 8 décembre à 18 h 43, elle accouche spontanément par voie vaginale d'un petit garçon. Aucune épisiotomie n'est pratiquée, mais il y a déchirure au premier degré, ce qui a été aussitôt réparé. L'indice Apgar du bébé est de 9 à la première minute et de 9 à la cinquième. Il pèse 3 284 grammes.

La patiente n'a pas de complications après l'accouchement et elle obtient son congé de l'hôpital; on lui demande de prendre rendez-vous avec son médecin de famille pour un suivi dans six semaines.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 4 : Maturation cervicale, déclenchement et stimulation du travail

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous allons faire la distinction entre la maturation cervicale, le déclenchement du travail et la stimulation du travail. Nous traiterons également des différentes méthodes de déclenchement du travail et nous analyserons la définition de l'échec du déclenchement. Nous passerons en revue les normes de codification pertinentes et les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI et nous mettrons ces notions en relation avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur deux études de cas.

Le présent chapitre est composé des six sections suivantes :

- Section 4.1 : Maturation cervicale
- Section 4.2 : Méthodes de maturation cervicale
- Section 4.3 : Déclenchement du travail
- Section 4.4 : Méthodes de déclenchement du travail
- Section 4.5 : Stimulation du travail
- Section 4.6 : Échec du déclenchement du travail

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et deux études de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

4.1 Maturation cervicale

Lors du déroulement normal du travail, le col utérin se ramollit et se dilate en vue de l'accouchement. Cette étape est connue sous le nom de « maturation (ou mûrissement) du col ». Si un déclenchement du travail est considéré, le col utérin est examiné pour déterminer si une intervention est nécessaire afin de mieux préparer le col utérin avant de procéder au déclenchement du travail.

L'évaluation du col utérin est importante en prédisant le succès du déclenchement du travail. Le score de Bishop est un score clinique utilisé avant le travail et permettant l'évaluation de la maturation du col utérin afin de prédire si le déclenchement du travail sera un succès ou non. Les critères évalués sont : le positionnement de la tête fœtale, l'effacement, la dilatation, la consistance et la position du col utérin et permettent d'établir le score final. Cette évaluation du col utérin aidera à déterminer si le col utérin est « favorable » (c.-à-d. score de Bishop > 6, signifiant que le déclenchement du travail peut être amorcé) ou « non-favorable » (c.-à-d. score de Bishop ≤ 6, la maturation cervicale est recommandée).

Il y a différentes méthodes qui peuvent être utilisées pour favoriser la maturation cervicale. Celles-ci varient entre les méthodes non pharmaceutiques (stimulation du mamelon, l'huile de ricin), et les méthodes pharmaceutiques (prostaglandines), en passant par les méthodes mécaniques (cathéter de Foley). Un col utérin a atteint un niveau de maturité suffisant lorsqu'il répond favorablement à l'activité utérine et que le déclenchement du travail peut être débuté. La maturation cervicale par l'insertion d'une sonde à ballonnet ou d'une tige laminaire doit obligatoirement être codifiée dans la BDCP. La codification des autres méthodes de maturation cervicale est optionnelle.

En cas de maturation cervicale par sonde à ballonnet ou par l'insertion d'une tige laminaire, attribuez, obligatoire, 5.AC.24.CK-BD *Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une sonde à ballonnet par voie naturelle (mûrissement, maturation)*; et/ou 5.AC.24.CK-W6 *Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une tige laminaire par voie naturelle*.

Remarque : Utilisez l'Indicateur d'intervention avant l'admission pour signaler que la maturation cervicale par sonde à ballonnet ou par l'insertion d'une tige laminaire a été effectuée avant l'admission. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'indicateur pour les interventions effectuées avant l'admission, consultez le champ 20 du groupe 11 dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Interventions associées à l'accouchement

- 5.AC.24.^^** **Préparation par dilatation du col (pour), travail**
- Comprend : Mûrissement (maturation) cervical pour préparer le déclenchement du travail
- Interventions visant à faire mûrir le col afin d'extraire un fœtus vivant ou d'expulser un fœtus mort (p. ex., mort intra-utérine, rétention d'un fœtus mort in utero)
- A l'exclusion de : dilatation du col pour un état non obstétrical (voir 1.RN.50.^^) en vue de l'interruption d'une grossesse (voir 5.CA.^^.^^)
5. AC.24.AN décollement (stripping) des membranes
- Comprend : Balayage des membranes
- 5.AC.24.AZ stimulation du mamelon
- 5.AC.24.CA-Z9 administration orale d'un agent non pharmaceutique [p. ex., préparation à base de plante, huile de ricin]
- 5.AC.24.CK-BD insertion d'une sonde à ballonnet par voie naturelle (mûrissement, maturation)
- 5.AC.24.CK-W6 insertion d'une tige laminaire par voie naturelle

4.2 Méthodes de maturation cervicale

Décollement (stripping) des membranes — 5.AC.24.AN — On insère un doigt dans l'orifice interne cervical, puis on appuie sur la membrane amniotique en suivant la circonférence de l'orifice pour la décoller du segment inférieur de l'utérus. On dit que cette méthode stimule la production locale de prostaglandine, ce qui déclenche le travail. S'il faut déclencher le travail de toute urgence, ce n'est pas la méthode préconisée.

Stimulation du mamelon — 5.AC.24.AZ — La stimulation des mamelons et le massage des seins entraînent la libération d'ocytocine par la glande pituitaire postérieure. Ceci peut favoriser la maturation cervicale et, dans certains cas, des contractions utérines.

Suppléments à base de plantes — 5.AC.24.CA-Z9 — Des suppléments à base de plantes qui sont régulièrement prescrits tels que l'huile d'onagre, l'huile de bourrache, l'huile de ricin, l'actée à grappes noires et bleues, feuilles de framboisiers rouges. Ces suppléments ont des effets variables. L'huile d'onagre est régulièrement utilisée par les sages-femmes.

Sonde Foley (cathéter à ballonnet) — 5.AC.24.CK-BD — Un cathéter à ballonnet que l'on passe par la voie endocervicale au-delà de l'orifice interne. À l'aide d'une solution salée stérile, on gonfle le ballonnet, puis le cathéter est retiré jusqu'au niveau de l'orifice interne. Ce procédé devrait provoquer la maturation dans les 8 à 12 heures. Le col de l'utérus sera dilaté de 2 ou 3 cm lorsque le ballonnet tombera.

Laminaire — 5.AC.24.CK-W6 — Une laminaire est composée de tiges d'algues marines séchées. Elle est placée dans la cavité endocervicale pendant 6 à 12 heures. Le diamètre de la laminaire prendra de l'expansion en absorbant l'eau des tissus cervicaux, ce qui fait graduellement dilater le canal cervical.

4.3 Déclenchement du travail

Le déclenchement du travail signifie **provoquer** le travail de façon artificielle avant qu'il ne se produise spontanément dans le but d'expulser le fœtus et le placenta. Une intervention durant la phase latente du travail est considérée comme un déclenchement du travail puisque le travail n'a pas encore progressé au stade de travail actif.

Lorsque le travail actif ne commence pas de façon spontanée et doit être déclenché à l'aide de méthodes artificielles, attribuez un code, **obligatoire**, de la rubrique 5.AC.30.^.^ *Déclenchement du travail*. Codifiez toutes les méthodes utilisées, **incluant celles qui ont été amorcées ou pratiquées avant l'admission**.

Remarque : Utilisez l'Indicateur d'intervention avant l'admission pour indiquer que le travail a été déclenché avant l'admission. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'indicateur pour les interventions effectuées avant l'admission, consultez le champ 20 du groupe 11 dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Interventions associées à l'accouchement

5.AC.30.^.^ Déclenchement du travail

- Comprend : avant le début du travail
Induction du travail
Interventions visant à déclencher le travail afin d'extraire un fœtus vivant ou d'expulser un fœtus mort (mort intra-utérine, rétention d'un fœtus mort in utero)
- À l'exclusion de : après le début du travail (voir 5.LD.31.^.^)
en vue de l'interruption d'une grossesse (voir 5.CA.^.^.^)
- Note : Coder toutes les méthodes utilisées.

5.AC.30.AP rupture artificielle des membranes

- Comprend : Amniotomie

5.AC.30.CA-I2 administration orale d'un agent utérotonique

- Comprend : Utilisation de prostaglandines orales (par exemple, misoprostol)

5.AC.30.CK-I2 administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique

- Comprend : Utilisation de prostaglandines intravaginales (par exemple, cervidil, gel de prostaglandine)

5.AC.30.HA-I2 perfusion percutanée d'un agent utérotonique

- Comprend : Utilisation d'ocytocine, syntocinon

5.AC.30.YA-I2 administration d'un agent utérotonique, voie NCA

Indications

En général, le déclenchement du travail doit être pratiqué à la suite d'indications précises, notamment les suivantes :

- Grossesse prolongée (période de gestation d'au moins 41 semaines complètes)
- Rupture prématurée des membranes
- Iso-immunisation Rh
- Insuffisance placentaire
- Risque fœtal tel que : RCIU, surveillance fœtale inquiétante, mort fœtale
- Risque maternel tel que : diabète sucré de type 1, maladie rénale, prééclampsie
- Raisons sociales ou géographiques

Certaines interventions obstétricales **n'écartent pas** la possibilité d'utiliser un code de la sous-catégorie Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant* comme diagnostic principal (p. ex. **déclenchement du travail pour raisons pratiques**, rupture artificielle des membranes et/ou épisiotomie). Dans le cas où une césarienne est demandée par une mère n'ayant jamais subi de césarienne auparavant et qu'elle est pratiquée en l'absence de toute indication, un code de la sous-catégorie Z37.0– peut tout de même être utilisé comme diagnostic principal.

*Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI —
Accouchement normal*

Risques

Taux accrus des phénomènes suivants :

- Activité utérine excessive
- Accouchement vaginal assisté
- Césarienne
- Anomalies du rythme cardiaque du fœtus
- Rupture utérine
- Accouchement avant terme d'un enfant en raison d'une mauvaise estimation de l'âge du fœtus

Question : Si le déclenchement du travail est pratiqué avant l'admission, peut-on codifier l'intervention sur l'abrégié?

Réponse : Toutes les méthodes utilisées pour déclencher le travail doivent être consignées dans l'abrégié d'hospitalisation. Les méthodes pratiquées avant l'admission seront signalées au moyen de l'indicateur d'intervention avant l'admission, alors que les méthodes pratiquées après l'admission seront consignées sans indicateur.

4.4 Méthodes de déclenchement du travail²

Déclenchement médical

Prostaglandine — 5.AC.30.CK-I2 — L'utilisation pharmacologique de prostaglandines sert souvent à augmenter la maturation cervicale. Toutefois, ces agents ont plusieurs autres effets, tels que la dilatation du col utérin et l'instauration de contractions utérines. Dans certains cas, la prostaglandine est tout ce qui est nécessaire à une femme enceinte pour entrer en phase de travail actif et d'accoucher. Pour cette raison, même si la documentation indique « pour maturation cervicale », l'utilisation de prostaglandine est incluse à la rubrique « déclenchement du travail ». L'utilisation de prostaglandine réduit les risques de non-accouchement dans les 24 heures et permet de réduire la quantité d'ocytocine par intraveineuse.

Au Canada, on trouve :

- Gelée PGE2 (prostaglandine E, synthase 2), administration intracervicale de 0,5 mg (dinoprostone : Prepidil)
- Gelée PGE2 (dinoprostone : Prostin), administration intravaginale de 1 mg et de 2 mg

Libération contrôlée de Prostaglandine — 5.AC.30.CK-I2 — Un dispositif muni d'une base en polymère contenant 10 mg de dinoprostone et d'une corde en polyester pour le retirer. Le dispositif libère 0,3 mg de prostaglandine E2 par heure pendant 12 heures. On le place dans le cul-de-sac vaginal postérieur et on le retire au début du travail, au moment de la rupture spontanée des membranes, s'il y a hyperstimulation utérine ou après 12 heures.

Au Canada, on trouve :

- Cervidil (dispositif pour le vagin)

Misoprostol — 5.AC.30.CA-12 — C'est une prostaglandine E1 synthétique. Des études laissent entendre que ce médicament administré par voie orale est un agent utérotonique efficace.

Ocytocine (Ocytocine, pitocine) — 5.AC.30.HA-I2 — L'administration d'ocytocine par intraveineuse est la méthode la plus efficace pour déclencher le travail. Il faut déterminer la dose la plus petite qu'il est possible d'administrer en fonction de chaque patiente, puis l'injecter pour déclencher et maintenir le travail.

Déclenchement par chirurgie

Amniotomie — 5.AC.30.AP — La rupture artificielle des membranes peut être une méthode efficace de déclenchement du travail. La libération du liquide amniotique raccourcit les muscles utérins, ce qui accentue la force des contractions et prolonge leur durée. La rupture artificielle des membranes est souvent pratiquée en même temps que le déclenchement médical.

Des études ont démontré que les patientes qui reçoivent de l'ocytocine dès la rupture artificielle des membranes sont plus susceptibles d'accoucher dans un délai de 24 heures que celles chez qui on pratique seulement une rupture artificielle des membranes. De plus, il est moins probable que ces dernières subissent un accouchement assisté².

4.5 Stimulation du travail

La stimulation du travail consiste en une stimulation **artificielle** des contractions après le commencement du travail actif. Il arrive parfois que l'on doive stimuler le travail déclenché de façon médicale ou par chirurgie. Le travail spontané peut également être stimulé. Dans ces cas, on peut attribuer les codes pour le déclenchement et la stimulation du travail sur le même abrégé.



Mises en garde

- ▶ Lorsqu'un agent utérotonique par voie intraveineuse est utilisé pour déclencher le travail, toute administration subséquente d'agent utérotonique par voie intraveineuse doit être considérée comme une continuité du déclenchement et non comme une stimulation. Cette directive s'applique, peu importe si l'administration de l'agent utérotonique par voie intraveineuse a été faite de façon continue, ou a été interrompue puis recommencée après le début du travail.
- ▶ Dans les cas où une intervention est effectuée à la phase latente du travail pour faire progresser le travail à la phase active, il convient de classer l'intervention sous « déclenchement du travail » et non sous « stimulation ».

La codification de la stimulation du travail est obligatoire dans la BDCP.

5.LD.31.^ ^ **Stimulation du travail**

Comprend : après le début du travail

Note : Coder toutes les méthodes utilisées.

5.LD.31.AP par rupture artificielle des membranes

Comprend : amniotomie

5.LD.31.CA-I2 par administration orale d'un agent utérotonique

Comprend : Utilisation orale de prostaglandine (par exemple, misoprostol)

5.LD.31.CK-I2 par administration vaginale d'un agent utérotonique

Comprend : Utilisation intravaginale de prostaglandine (par exemple, cervidil, gel de prostaglandine)

5.LD.31.HA-I2 par infusion d'un agent utérotonique

Comprend : Utilisation d'ocytocine, syntocinon

4.6 Échec du déclenchement du travail

Lorsqu'un déclenchement est effectué sans mener au travail actif et que la patiente obtient son congé ou subit une césarienne, attribuez un code de la catégorie O61 *Échec du déclenchement du travail*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Interventions associées à l'accouchement

Les tentatives à répétition de déclenchement du travail au cours d'une seule et même admission où la patiente accouche finalement par voie vaginale **ne sont pas** des échecs du déclenchement du travail.

Même si une tentative de déclenchement du travail échoue, on peut la codifier en tant qu'intervention. On a bel et bien tenté de déclencher le travail, mais la tentative s'est révélée vaine.



Remarque

Lorsqu'il y a un échec du déclenchement du travail et la patiente subit une césarienne, le code de **l'indication pour le déclenchement du travail** est séquencé **avant** O61 *Échec du déclenchement du travail*.

Justification : L'échec du déclenchement n'est pas l'indication de la césarienne. Même si la première méthode d'extraction du fœtus a échoué, elle ne change en rien la raison initiale pour laquelle il fallait accélérer l'accouchement. Il faut inscrire l'échec du déclenchement médical à titre de diagnostic de type (1) supplémentaire.

4.7 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

4.7.1 Quelle est la principale différence entre le déclenchement du travail et la stimulation du travail?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

4.7.2 Une patiente souffrant de prééclampsie modérée est hospitalisée en vue d'un déclenchement à l'aide d'un agent ocytotique par intraveineuse. Cinq heures plus tard, le travail n'est toujours pas commencé. On s'inquiète pour la mère, car sa tension artérielle s'élève. Une césarienne est donc pratiquée, et le médecin inscrit l'échec du déclenchement dans le dossier de la patiente. Dans ce cas-ci, quel est le diagnostic principal?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

4.8 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a abordé les différences entre la maturation cervicale, le déclenchement du travail et la stimulation du travail. Les différentes méthodes de déclenchement et de stimulation du travail ont aussi été expliquées, et la définition de l'échec du déclenchement a été passée en revue. Voici certains points saillants :

- l'intervention qui favorise la maturation du col est pratiquée avant le déclenchement du travail si le col utérin est jugé « non-favorable »;
- la maturation cervicale par l'insertion d'une sonde à ballonnet ou d'une tige laminaire doit obligatoirement être codifiée;
- le déclenchement du travail consiste à **amorcer** artificiellement le travail avant qu'il ne se produise naturellement;
- la codification du déclenchement du travail est obligatoire;
- l'injection par intraveineuse d'ocytocine est la méthode la plus efficace pour déclencher le travail;
- la rupture artificielle des membranes est souvent pratiquée en même temps qu'un déclenchement médical;
- la stimulation du travail consiste à renforcer artificiellement les contractions et, après le début du travail, à en accroître la fréquence, l'intensité et la durée;
- un travail déclenché peut nécessiter une stimulation; il est donc possible d'inscrire sur un même abrégé, le déclenchement du travail et la stimulation (consultez les notes rédigées par le médecin);
- la codification de la stimulation du travail est obligatoire;
- l'échec du déclenchement du travail signifie que le travail actif n'a pas commencé et que la patiente est retournée chez elle ou a subi une césarienne;
- si le déclenchement du travail s'avère un échec, la consignation de l'intervention est tout de même obligatoire.

4.9 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

4.9.1 Étude de cas no 1

Date d'admission : Le 2 mai 2018

Le 1^{er} mai 2018, à 21 h 30, femme de 24 ans (gravida 1, para 0) à 40 semaines et 6 jours de grossesse, contractions depuis 17 h la veille. Les contractions se sont beaucoup intensifiées à 1 h 30 (1^{er} mai). Ce matin à 9 h, le col de l'utérus était dilaté de 2 cm et effacé à 50 %. Après examen, le col est maintenant à 3 cm et effacé à 90 %. Le bébé se situait à hauteur de présentation -3.

Impression : Phase de latence prolongée

Plan : Admission. Épidurale. Suivre de près pour une bonne progression.

Le 1^{er} mai 2018, à 22 h 10. La patiente a des contractions toutes les trois minutes. Elle se plaint d'une douleur intense au dos lorsqu'elle a des contractions.

Le 1^{er} mai 2018, à 23 h 5. Anesthésie épidurale; la patiente répond bien au traitement. Dilatation de 3 à 4 cm, col effacé à 100 %. Hauteur de présentation -2.

Note de sortie : Cette femme de 24 ans (gravida 1, para 0), 40 semaines de gestation a été hospitalisée le 2 mai en plein travail. À 11 h 45, le col était complètement dilaté. Elle a commencé à pousser à 11 h 55. Malgré une stimulation adéquate à l'aide d'ocytocine par intraveineuse, la patiente a poussé pendant deux heures et demie sans arriver à expulser le fœtus. Elle était épuisée et a consenti à l'application d'une ventouse. On lui a administré une seconde dose d'anesthésie épidurale. La ventouse est apposée sur le fœtus rendu à hauteur de présentation +2 à +3, position OIDA, présentation par le sommet. En l'espace de 13 minutes et environ 8 contractions, le bébé est expulsé à 14 h 48.

Notes sur l'accouchement

Type de travail : Spontané

Stimulation : Ocytocine par voie intraveineuse (2 mai à 6 h 45) Début du travail : le 2 mai à 2 h

Dilatation complète : le 2 mai à 11 h 45

Commencement des poussées : le 2 mai à 11 h 55

Accouchement : le 2 mai à 14 h 48

Accouchement vaginal : Ventouse, hauteur de présentation de +2 à +3

Épisiotomie : Aucune

Indication : Épuisement de la mère

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

4.9.2 Étude de cas no 2

Diagnostics : Grossesse intra-utérine après terme
Gros fœtus pour l'âge gestationnel
Échec du déclenchement

Intervention pratiquée : césarienne primaire, segment inférieur

Résultats peropératoires : Bébé en santé de sexe masculin en présentation céphalique. Indice d'Apgar de 9 à la première minute et 9 à la cinquième. Il pesait 4 926 grammes.

Antécédents : Patiente de 28 ans (gravida 1, para 0) arrive à l'unité de travail et d'accouchement à 41 semaines et 5 jours de grossesse. Le poids du fœtus est estimé à 5,3 kg. On propose à la patiente une césarienne ou le déclenchement du travail. Elle décide de procéder avec le déclenchement du travail, après avoir été informée des risques liés à l'accouchement par voie vaginale en présence d'un fœtus qui semble gros pour l'âge gestationnel et de la possibilité de dystocie des épaules par rapport aux risques que présente une césarienne. La patiente a reçu du Cervidil pendant 24 heures, puis de l'ocytocine, mais malgré 20 mU d'ocytocine pendant trois heures, la patiente n'a ressenti aucune contraction. À ce moment, on a consulté le service d'obstétrique pour discuter une fois de plus du choix de la patiente de poursuivre le déclenchement du travail en augmentant la dose d'ocytocine ou de subir une césarienne. À cet instant, la patiente a opté pour la césarienne.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 5 : Dystocie et échec du travail

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous allons passer en revue la définition des termes *présentation*, *mode de présentation*, *position* et *attitude*. Nous aborderons les mécanismes normaux du travail et de l'accouchement et nous nous pencherons sur les facteurs particuliers susceptibles de compliquer le travail. Nous passerons en revue les normes de codification pertinentes et les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI et nous mettrons ces notions en relation avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur deux études de cas.

Le présent chapitre est composé des sept sections suivantes :

- Section 5.1 : Relations fœto-pelviennes
- Section 5.2 : Mécanismes du travail normal
- Section 5.3 : Dystocie, échec du travail et travail difficile
- Section 5.4 : Problèmes liés au fœtus — Position et présentation anormales, rotation incomplète de la tête du fœtus
- Section 5.5 : Problèmes liés à la voie vaginale — Disproportion céphalo-pelvienne
- Section 5.6 : Autres dystocies (O66)
- Section 5.7 : Problèmes liés aux forces en jeu — Inertie utérine et fatigue de la mère

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et deux études de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

5.1 Relations fœto-pelviennes

Présentation

La présentation se définit par la partie du fœtus qui s'engage en premier dans le canal génital.

Le fœtus peut s'engager de cinq façons :

- Présentation céphalique ou du sommet — normale
- Présentation du front
- Présentation de la face
- Présentation du siège — siège, pieds, genoux
- Présentation des épaules

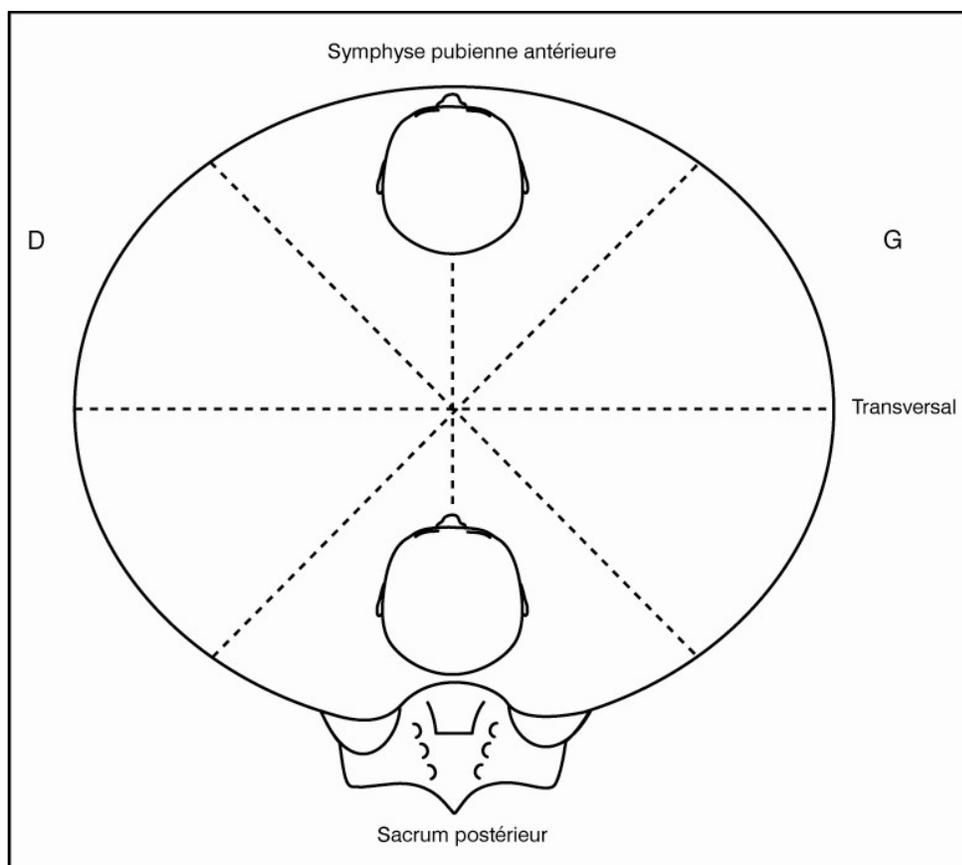
Position

La relation entre un point de référence sur le fœtus par rapport à un point précis (positionné à gauche ou à droite) du bassin de la mère. Ce point de référence dépend de la partie engagée :

- Présentation céphalique — mode de l'occiput
- Présentation de la face — mode du menton (mentum)
- Présentation du front — mode du front (fronto)
- Présentation du siège — mode sacrum
- Présentation des épaules — mode scapula

Ce diagramme présente une position occipito-sacrée — où l'arrière de la tête du bébé pointe directement vers le dos de la mère (ou son sacrum) — et une position mento-antérieure — où le menton du bébé pointe directement vers l'avant (symphyse pubienne).

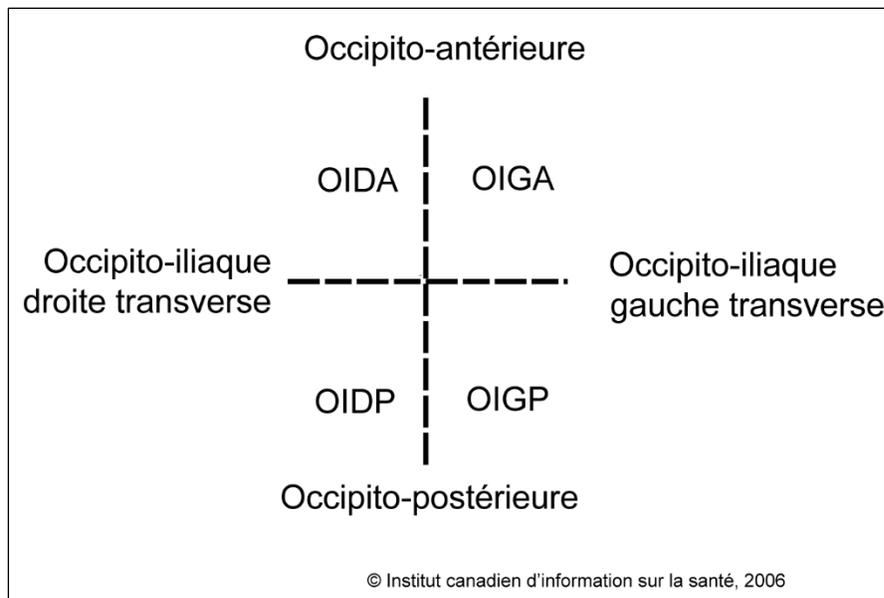
Position de la tête du bébé



Positions de la présentation céphalique

- Position occipito-iliaque antérieure — L'occiput est positionné vers la droite (OIDA) ou vers la gauche (OIGA) dans la partie antérieure du bassin de la mère.
- Position occipito-iliaque postérieure — L'occiput est positionné vers la droite (OIDP) ou vers la gauche (OIGP) dans la partie postérieure du bassin de la mère.
- Position occipito-iliaque transverse — L'occiput est positionné vers la droite (OIDT) ou vers la gauche (OIGT) dans la fosse iliaque du bassin de la mère.
- Position occipito-sacrée — L'occiput pointe directement vers le dos de la mère, et non vers la droite ou vers la gauche de la fosse iliaque postérieure du bassin.
- Position occipito-pubienne — L'occiput pointe directement vers le ventre de la mère, et non vers la droite ou vers la gauche de la fosse iliaque antérieure du bassin.

Positions de la présentation céphalique du fœtus. Divisions du bassin de la mère pour définir les positions des présentations.

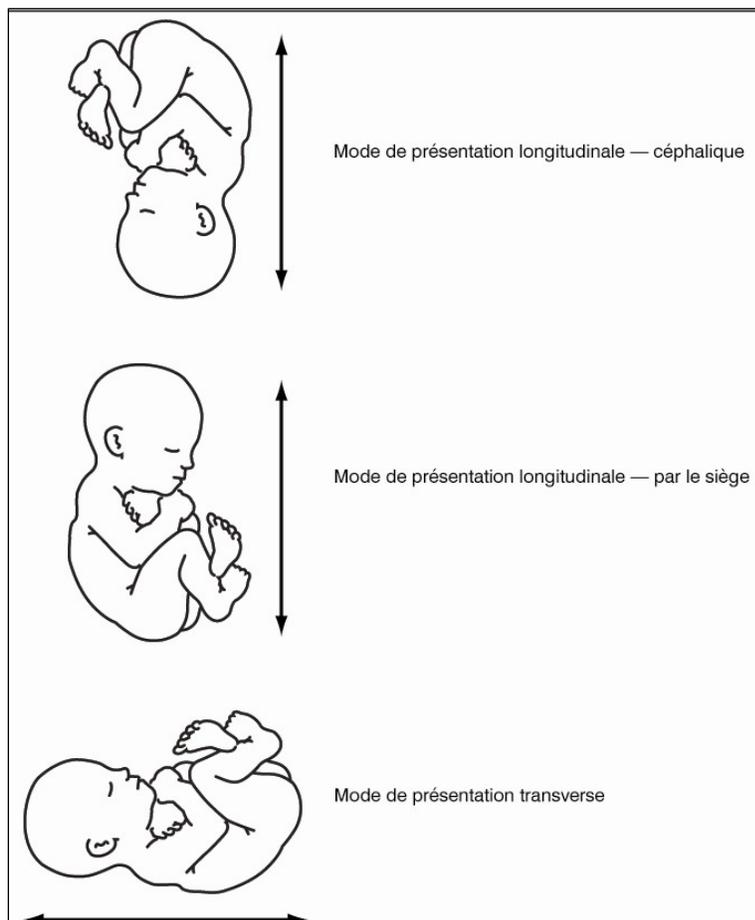


Mode de présentation

La relation entre les axes longitudinaux du fœtus et de la mère.

- Mode de présentation longitudinale — Axes longitudinaux du fœtus et de la mère parallèles.
- Mode de présentation transverse — Axes longitudinaux du fœtus et de la mère perpendiculaires.
- Mode de présentation oblique — Axes longitudinaux du fœtus et de la mère diagonaux.

Ce diagramme démontre des modes de présentation longitudinale et transverse (céphalique et par le siège).



Remarque

L'axe longitudinal du corps est une ligne droite imaginaire qui passe par le cou, le torse, l'abdomen et le bassin.



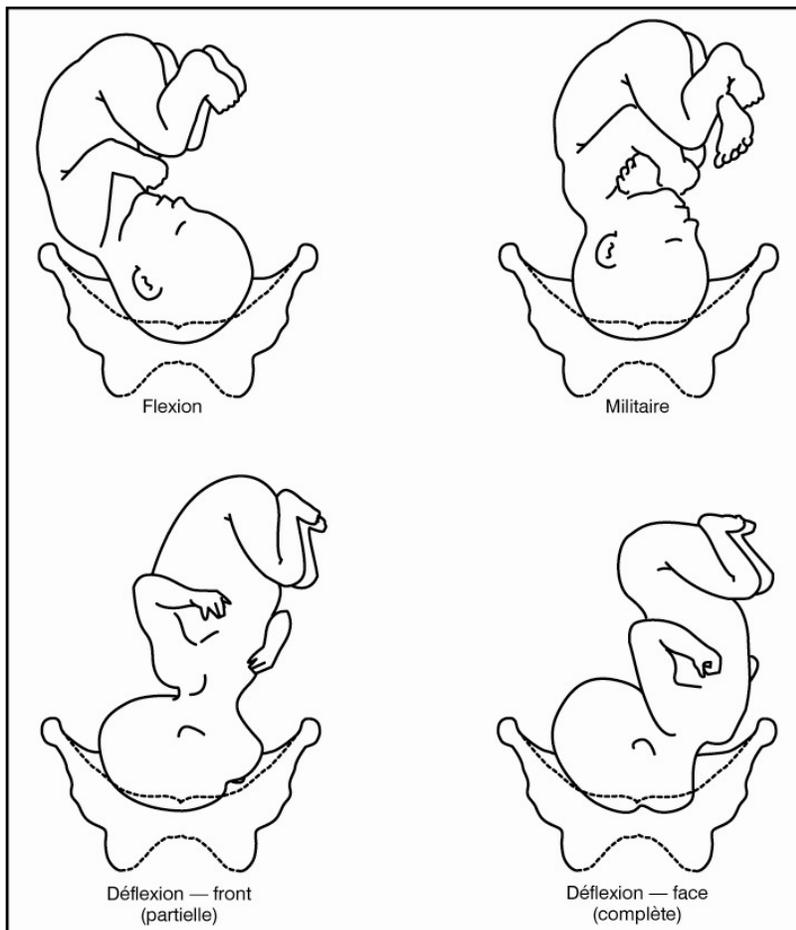
Mise en garde

Ne pas confondre la présentation transverse (selon les axes longitudinaux) et la position transverse (position de la tête dans la fosse iliaque).

Attitude

La relation entre les membres du fœtus les uns par rapport aux autres. Les attitudes principales se résument à la flexion et à l'extension. Il est question de flexion lorsque la tête du fœtus pointe vers la poitrine et d'extension lorsque l'occiput pointe vers le dos du fœtus. Généralement, le fœtus adopte une attitude en flexion dans l'utérus, c'est-à-dire que sa tête est inclinée vers sa poitrine, ses bras et ses jambes sont repliés en avant de son corps et son dos est légèrement courbé vers l'avant. On parle d'attitude militaire lorsque la tête du fœtus est en position neutre, c'est-à-dire qu'elle n'est ni en flexion vers l'avant ni en extension vers l'arrière.

Ce diagramme présente les attitudes suivantes : flexion, militaire et déflexion partielle ou complète.



5.2 Mécanismes du travail normal¹

Lorsque vous réfléchissez aux mécanismes normaux de travail et d'accouchement, songez au mécanisme d'une serrure et de sa clé. Le fœtus est la clé qui doit entrer dans le col de l'utérus (la serrure).

Lorsque le fœtus s'engage en **présentation céphalique**, le travail normal se déroule ainsi :

Engagement

L'engagement se produit lorsque le diamètre le plus long de la partie engagée franchit le détroit supérieur du bassin.

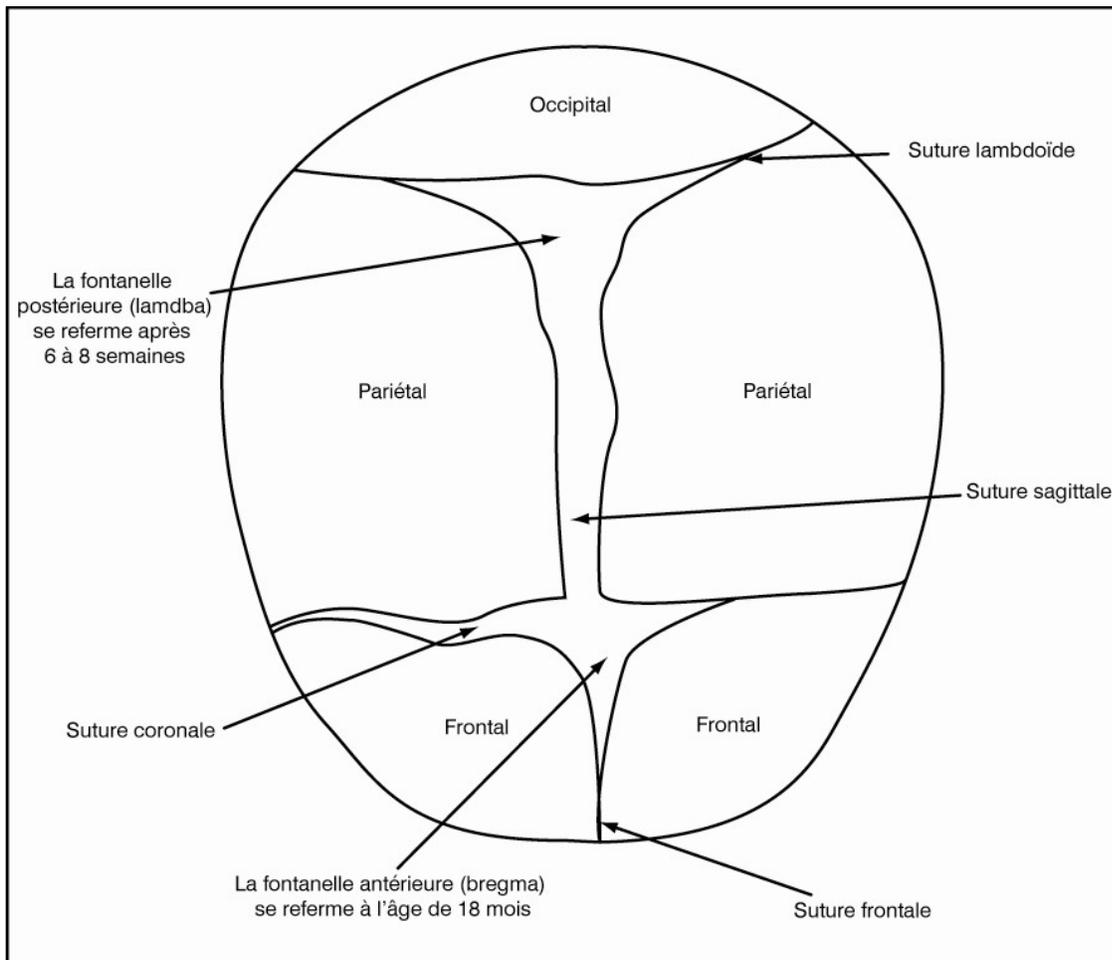
Flexion

Une flexion du cou permet à l'occiput (le diamètre le plus petit) d'ouvrir la voie du bassin. En présentation céphalique normale, la tête du fœtus est en flexion vers sa poitrine. Si la tête est mal engagée, elle peut s'incliner davantage vers l'avant ou vers l'arrière.

Descente

La descente est une progression lente qui se poursuit jusqu'à ce que le fœtus soit sorti. La descente est causée par la pression des contractions utérines et par les poussées de la mère (au cours du deuxième stade du travail). La descente dépend également des forces en jeu au cours du travail et des dimensions du bassin. En fait, plus il y a de résistance dans le bassin et plus les contractions sont faibles, plus la descente sera lente.

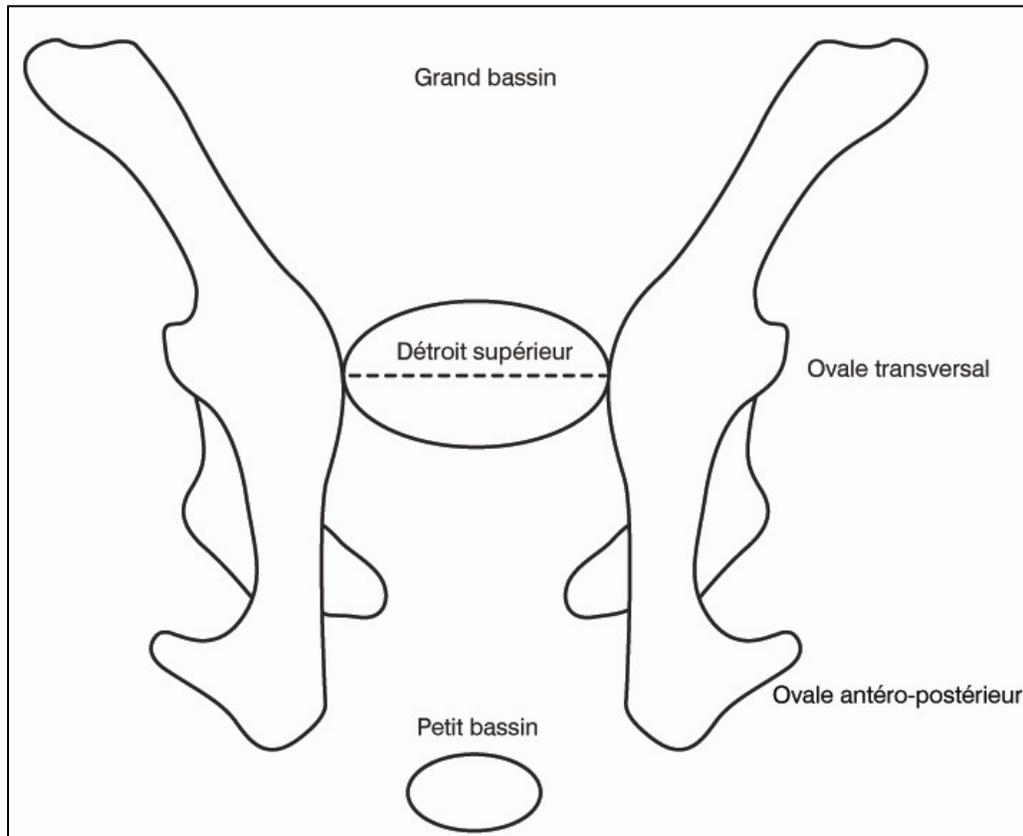
Le crâne d'un fœtus peut être modelé. Un examen pelvien permet de déterminer la position du crâne du fœtus dans le bassin en tâtant les sutures et les fontanelles.



Rotation interne

Au fur et à mesure que le fœtus descend, sa tête tourne de façon spontanée. Le **détroit supérieur** du bassin a la forme d'un ovale transversal. Lorsque la tête s'engage dans le détroit supérieur, elle est normalement en position occipito-iliaque transverse (OIT), la position vers la gauche (OIGT) est la plus fréquente. Le **détroit inférieur** du bassin a la forme d'un ovale antéro-postérieur. La tête du fœtus a également la forme d'un ovale antéro-postérieur. Les axes longitudinaux de la tête du fœtus et du bassin de la mère doivent être parallèles. Afin de sortir du bassin, le diamètre de la tête engagée du fœtus en position transverse ou oblique doit être aligné avec le diamètre antéro-postérieur de la fosse iliaque. Pour ce faire, la tête du fœtus tourne naturellement (c.-à-d. OIGT à OIGA à OP à OIGA à OP).

Pelvis



Mise en garde

La position de la tête du fœtus se détermine au moment de l'accouchement, et non lorsqu'elle s'engage dans le déroit supérieur du bassin.

Extension

Le déroit inférieur du vagin pointe vers le haut et vers l'avant. La tête du fœtus doit donc être en extension pour y passer. L'extension est complète lorsque la tête est sortie du vagin.

Rotation externe

La tête du fœtus, maintenant sortie du vagin, retourne à sa position initiale lorsqu'elle s'était engagée dans le déroit (elle passe de la position OP à la position OIGA). Cette rotation permet aux épaules de tourner à l'intérieur du déroit pour adopter la position antéro-postérieure en prévision de l'accouchement. Alors, le corps du bébé sort de la mère.

5.3 Dystocie, échec du travail et travail difficile

La *dystocie* est un travail difficile ou anormal. Certains facteurs peuvent lui être associés, par exemple :

- Le passager (fœtus) : position anormale, présentation anormale, gros fœtus;
- Le passage (bassin de la mère) : disproportion céphalo-pelvienne, anomalie des organes pelviens;
- Les forces en jeu (au cours du travail) : inertie et efforts d'expulsion pratiqués par la mère;
- Une combinaison de ces facteurs².

Dans la CIM-10-CA, la dystocie est classée en fonction des facteurs en jeu. Lorsqu'il y a combinaison de plusieurs facteurs, il convient d'attribuer plusieurs codes.

On codifie la dystocie SAI à l'aide de O66.9– *Dystocie, sans précision*.

L'*échec du travail* est un terme vague signifiant que le travail de la patiente s'arrête avant que le col ne soit complètement dilaté et qu'il n'y a aucune progression pendant deux à trois heures. Il s'agit souvent d'une indication de césarienne.

Une disproportion céphalo-pelvienne, une position ou une présentation anormale, des contractions utérines inefficaces ou un fœtus de grande taille peuvent être des indications de l'échec du travail. Il est impératif de sélectionner le bon code.

On codifie l'échec du travail SAI avec O62.2– *Autres formes d'inertie utérine*.



Mise en garde

L'échec du travail SAI n'est pas nécessairement une indication de travail difficile. Il est compris dans O62.2– *Autres formes d'inertie utérine*.

La *dystocie* se caractérise par un problème qui gêne mécaniquement la progression normale de l'accouchement. Les facteurs en jeu comprennent notamment la disproportion, les présentations et les positions anormales ainsi que les tumeurs qui bloquent le canal génital. Au fur et à mesure que le travail progresse et que l'utérus essaie de surmonter le problème, les contractions deviennent de plus en plus intenses et fréquentes. Le segment supérieur se rétracte progressivement et la partie inférieure de l'utérus s'étire et s'amincit.

L'anneau de rétraction normal prend alors un aspect pathologique et devient l'anneau de Bandl. Les ligaments ronds se tendent et la douleur s'aggrave. Si l'obstruction n'est pas soulagée et que les contractions se poursuivent, le segment inférieur de l'utérus risque de se déchirer¹.



Remarque

Les codes des catégories O64 *Dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus*, O65 *Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère* et O66 *Autres dystocias* ne représentent pas nécessairement la cause de la dystocie à proprement parler, ils précisent toutefois que des mesures ont été prises pour prévenir la dystocie (p. ex. manœuvres, utilisation d'instruments, césarienne). Une dystocie peut parfois se terminer par un accouchement par voie vaginale.

Classez le travail à un code de dystocie lorsque des anomalies font obstacle à un accouchement spontané par voie vaginale.

- Assurez-vous que la documentation démontre que la patiente était en travail avant d'attribuer un code des catégories O64 à O66.
- Utilisez un code de dystocie si le médecin fait état d'une dystocie ou si l'index alphabétique conduit à un code de dystocie (p. ex. dystocie des épaules, position occipito-transverse persistante).
- Recherchez des observations indiquant une dystocie dans la documentation lorsqu'une césarienne non planifiée est pratiquée en raison de risques pour la mère.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Dystocie

Sélectionnez un code des catégories O32 à O34 lorsque :

- l'état est documenté avant le début du travail, puis une césarienne planifiée est réalisée;
- les interventions visant à régler un problème potentiel de dystocie (rotation, version) sont réalisées avant le début du travail; ou
- l'accouchement spontané d'une présentation ou d'une position anormale par voie vaginale se produit (p. ex. sans manipulation du fœtus ni utilisation d'instruments), même si la présentation ou la position anormale n'est remarquée qu'après le début du travail.

Lorsque le travail a commencé, mais qu'une intervention médicale est nécessaire en raison d'une position ou d'une présentation anormale, d'une disproportion ou d'une anomalie fœto-pelvienne, attribuez un code des catégories O64 à O66 pour classer la dystocie.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement

Lorsque le facteur obstructif est éliminé par version et/ou par rotation au moment de l'accouchement ou par certaines autres manœuvres (p. ex. Rubin, Wood), et que le résultat est un accouchement par voie vaginale, attribuez un code :

- des catégories O64 à O66; et
- pour l'intervention qui a mené à la résolution de la dystocie.

Remarque : La position de la mère classée à la rubrique 5.MD.16.^{^^} *Positions de la mère pour l'accouchement (aide)* (p. ex. manœuvre de McRobert) peut dégager certaines obstructions; cependant, il n'est pas obligatoire d'attribuer un code pour ces interventions.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Dystocie

5.4 Problèmes liés au fœtus — Position et présentation anormales, rotation incomplète de la tête du fœtus

Lorsque la tête du fœtus ne tourne pas spontanément en position occipito-pubienne, le travail peut devenir difficile. La tête peut rester en position occipito-postérieure persistante ou occipito-antérieure persistante ou s'arrêter en position transverse profonde.

Position occipito-sacrée¹

- Incidence de 15 % à 30 %.
- La position OIDP est cinq fois plus courante que la position OIGP.
- La tête du fœtus en position OIDP ou OIGP peut spontanément tourner en position antérieure (le plus fréquent) pour passer en position OP ou tourner en position postérieure pour prendre la position OS.

Possibilités liées à la position occipito-sacrée :

- Rotation antérieure
 - La tête tourne de 135 degrés et passe de la position OIDP à OP
 - La tête tourne de 90 degrés et passe de la position OIDP à OIDA
 - La tête tourne de 45 degrés et passe de la position OIDP à OIDT (arrêt en profondeur en position transverse)
- Aucune rotation — position occipito-postérieure persistante
- Rotation postérieure, la tête tourne et passe de la position OIDP à OS

Un accouchement spontané peut se produire à la suite d'une :

- rotation antérieure vers la position OP;
- rotation postérieure vers la position OS.

L'arrêt (problème) peut se produire :

- dans la partie supérieure du bassin : échec de l'engagement de la tête;
- à l'intérieur du bassin : arrêt en profondeur en position transverse (OIDT, OIDP, OS);
- dans la partie inférieure.



Conseils

- ▶ Si la tête du fœtus tourne spontanément de la position OS à la position OP, l'accouchement se déroule alors normalement et rien n'empêche la sélection de Z37.0– à titre de diagnostic principal.

Un accouchement vaginal spontané au cours duquel la tête du fœtus est en position OS peut se produire, mais il ne devrait pas être considéré comme un accouchement normal. Il faut plutôt attribuer O32.8– *Soins maternels pour d'autres présentations anormales du fœtus*, selon la recherche dans l'index alphabétique :

Persistance, persistant (congénitale)

– occipitopostérieure (position) O32.8–

– – entraînant une dystocie O64.0–

- ▶ Si le fœtus demeure en position OIDP ou OIGP (c.-à-d. qu'il ne tourne pas spontanément en position OP au cours du travail), l'accouchement par voie vaginale ne pourra se produire sans intervention pour assister l'accouchement. Les positions OIDP et OIGP persistantes sont classées à O64.0– *Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus*.

Position occipito-iliaque transverse¹

- À l'engagement, la position OIGT est la plus courante.
- La plupart des fœtus qui s'engagent en position OIGT tournent spontanément de 90 degrés et passent de la position OIGT aux positions OIGA et OP.
- À partir de cette position, l'accouchement spontané par voie vaginale peut se produire.



Conseils

- ▶ Dans les cas où l'on précise que la tête du fœtus est en position occipito-iliaque transverse et qu'aucune intervention n'a été pratiquée, la tête du fœtus a probablement tourné de façon spontanée en position OP. Il convient donc d'attribuer Z37.0 —.
- ▶ Si le fœtus demeure en position OIGT ou OIDT, l'accouchement spontané par voie vaginale ne peut pas se produire. Afin que l'accouchement par voie vaginale ait lieu, il faudra pratiquer une intervention. Dans ce cas, il convient d'attribuer O64.0– *Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus*.

Lorsque les termes ci-dessous sont utilisés, et qu'il n'y a aucune autre inscription au dossier suggérant le contraire, ils sont des indicateurs d'un accouchement spontané sans complication :

- Accouchement spontané par présentation du sommet
- Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)
- Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA)
- Enfant vivant unique à terme
- Mère en bonne santé ayant accouché
- Position occipito-iliaque transverse au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement
- Position occipito-iliaque postérieure au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement
- Absence de manipulation fœtale ou d'utilisation d'instruments (p. ex. forceps)
- Déchirures périurétrales, du premier degré, ou déchirures du périnée non suturées du deuxième degré
- Chorioamnionite ou funisitis comme conclusion pathologique placentaire secondaire seulement sans documentation d'un diagnostic de fièvre ou d'autres symptômes d'infection
- Cordon enroulé autour du cou (lâche) ou autre forme d'enchevêtrement du cordon sans mention de compression ou d'intervention

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI —

Accouchement normal

Les présentations/positions suivantes sont considérées comme anormales et ne sont pas considérées comme un accouchement normal. Codifiez le trouble énuméré lorsqu'il entraîne une prestation de soins au cours de la grossesse ou lorsqu'il se produit au cours du travail ou à l'accouchement :

- Présentation par le siège
- Présentation du front
- Présentation complexe (main ou bras derrière la nuque)
- Présentation du cordon
- Arrêt en profondeur en position transverse
- Présentation de la face
- Position occipito-postérieure persistante (face vers le pubis, position occipito-postérieure directe)
- Position occipito-iliaque transverse persistante
- Procidence d'un bras
- Présentation transverse/oblique
- Position instable

Grossesse multiple et présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus

Une césarienne planifiée dans le cas d'une grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus est classée à O32.5– *Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus*.

Si l'accouchement par voie vaginale est tenté et que le travail devient difficile, il faut alors attribuer un code de la catégorie O64 *Dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus*.

Position

– du fœtus, anormale (voir aussi Présentation) O32.9

Présentation (fœtale) (obstétricale) (de) (par) (voir aussi Position)

– anormale, vicieuse, fœtus O32.9

– – dans les grossesses multiples (un ou plusieurs fœtus) O32.5

– – dystocique, entraînant une dystocie O64.9

– – – précisée NCA O64.8



Mise en garde

L'entrée de l'index alphabétique ci-dessus mène à O64.8– *Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales*, mais il est possible de sélectionner un code plus précis dans cette catégorie, qui précise le type de présentation ou de position anormale, au lieu de O64.8–. Il faut aussi attribuer un code supplémentaire de la catégorie O30 *Grossesse multiple*.

Justification : Les codes ne devraient jamais être attribués directement à partir de l'index alphabétique. Si l'index présente un code portant les mentions **autre** ou **sans précision**, il convient alors de consulter la table analytique afin de trouver un code plus précis dans la même catégorie.

5.5 Problèmes liés à la voie vaginale — Disproportion céphalo-pelvienne

Une disproportion céphalo-pelvienne signifie que le fœtus ne passera pas par le bassin. Les cas extrêmes de disproportion céphalo-pelvienne peuvent être décelés avant le commencement du travail. Toutefois, dans d'autres cas, il faut tenter l'épreuve du travail avant de poser le diagnostic.

La disproportion céphalo-pelvienne est répartie comme suit :

- **Absolue** — De toute évidence, le bébé ne passera pas par le bassin.
- **Relative** — Si les conditions sont réunies (bonnes contractions, attitude, présentation et position, etc.), le bébé passera par le bassin. Le rétrécissement du détroit (une contraction) peut se produire sur tous les plans :
 - **Détroit supérieur** (bord pelvien, entrée du détroit) — Diamètre antéro-postérieur de moins de 10 cm ou diamètre transverse de moins de 12 cm. Souvent, la tête ne s'engage pas.
 - **Détroit moyen** — Rétrécissement de la partie la plus étroite du détroit. Il s'agit du cas le plus difficile à déceler et à prendre en charge.
 - **Détroit inférieur** (sortie du détroit) — Écart entre les tubérosités de l'ischion inférieur à 8 cm.
 - **Tous les plans** — Habituellement, il s'agit d'un bassin étroit.



Conseils

- ▶ Lorsque la mère subit une césarienne planifiée en raison d'une disproportion céphalo-pelvienne diagnostiquée, il convient d'attribuer un code de la catégorie O33 *Soins maternels pour disproportion fœto-pelvienne connue ou présumée*.
- ▶ Lorsque la disproportion est diagnostiquée seulement après l'épreuve du travail et que la mère subit une césarienne urgente (non prévue), il convient d'attribuer un code de la catégorie O65 *Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère*.

5.6 Autres dystocies (O66)

Dystocie des épaules (épaules engagées ou prises)

- La dystocie des épaules est l'incapacité de faire passer les épaules par le bassin une fois que la tête est dégagée.
- Après le dégagement de la tête, le menton du bébé est fermement accoté contre le périnée au même moment où l'épaule antérieure est engagée derrière la symphyse pubienne.
- Il est impossible de prévoir la dystocie des épaules, et le diagnostic ne peut être posé qu'après le dégagement de la tête.
- La dystocie des épaules est une **urgence obstétricale** à laquelle il faut réagir promptement et habilement.

Prendre en charge un cas de dystocie des épaules

- Manœuvre de McRobert (5.MD.16.LL)
 - Première solution, réglant 42 % des cas
 - La mère replie ses jambes sur son abdomen
 - Codification facultative
- Manœuvre de Rubin ou Wood (5.MD.40.LH)
 - Rotation interne des épaules, manœuvre de renversement
 - Codification obligatoire
- Fracture délibérée de la clavicule du fœtus (5.MD.45.QC)
 - Codification obligatoire

- Si aucune de ces interventions ne fonctionne, on peut essayer la manœuvre de Zavanelli (5.MD.46.LP)
 - La tête du fœtus est replacée en prévision d'une césarienne
 - Codification obligatoire



Conseil

La dystocie des épaules inscrite au dossier devrait toujours être codée sous O66.0– *Dystocie due à une dystocie des épaules*. La dystocie des épaules représente toujours un *travail difficile*. Cependant, les manœuvres peuvent être pratiquées sans nécessairement être inscrites au dossier. L'entrée dans l'index alphabétique pour la dystocie des épaules ne mène qu'à O66.0. L'index ne propose aucune autre option.

Dystocie (de) (due à) (par)

- épaule (ceinture scapulaire) O66.0
- – entraînant une dystocie O66.0

Autre ressource

Article en anglais sur la dystocie des épaules : Baxley EG, Gobbo RW. [Shoulder Dystocia](#). *American Family Physician*. 2004.

5.7 Problèmes liés aux forces en jeu — Inertie utérine et fatigue de la mère

L'*inertie utérine* est une incapacité de l'utérus à produire des contractions de force et de durée normales et à intervalles réguliers au cours du travail. Cette insuffisance empêche le col utérin de se dilater adéquatement et le bébé de poursuivre sa descente (phénomène aussi appelé *atonie utérine*). Une perfusion à l'ocytocine permet de régler bon nombre de cas d'inertie utérine. Sinon, il s'agira d'une indication de césarienne.

L'inertie utérine se classe des différentes façons suivantes :

Contractions initiales insuffisantes (O62.0–)

Dilatation lente et anormale du col de l'utérus au cours de la phase de latence (entre 0 et 4 cm) — le col utérin de certaines femmes prend du temps à se dilater au cours de cette phase — il est pratiquement impossible d'accélérer ce processus.

Comprend :

- Dilatation insuffisante du col
- Hypotonie utérine primitive
- Contractions initiales insuffisantes
- Phase de latence prolongée (de 0 cm à 4 cm)

Inertie utérine secondaire (O62.1–)

Pendant la phase active, la dilatation progressive du col de l'utérus s'arrête.

Des contractions qui étaient efficaces deviennent faibles, irrégulières, et la fréquence se modifie ou s'arrête tout simplement, ce qui interrompt tout progrès.

Cette condition est souvent causée par un état de fatigue myométriale et est souvent associée à un travail difficile prolongé.

Comprend :

- Arrêt de la phase active du travail
- Hypotonie utérine secondaire
- Contractions secondaires insuffisantes
- Arrêt secondaire de la dilatation
- Faibles contractions au cours de la phase active du travail

Travail difficile SAI (O62.2–)

L'échec du travail sans précision sur la cause s'inscrit à l'aide de O62.2– *Autres formes d'inertie utérine*.

Ce code comprend aussi les arrêts SAI qui se produisent au cours du deuxième stade du travail (après dilatation complète du col).

Épuisement ou fatigue de la mère

L'épuisement signifie que la mère entre, au cours du travail prolongé, dans un état de déshydratation et de fatigue extrême. À ne pas confondre avec la douleur, l'anxiété, ni le choc. Les signes d'épuisement de la mère comprennent la tachycardie, la pyrexie et la cétonurie. La cétonurie signifie un état acide extrême qui pourrait aussi rendre acide le pH du bébé. Dans ce cas, le sang transporte moins d'oxygène et peut causer une détresse fœtale secondaire à l'hypoxie. Par conséquent, la mère subira une insuffisance de l'activité utérine qui entravera, au cours du premier stade, la progression normale du travail. Puis, pendant le deuxième stade de travail, la mère ne pourra pas produire de poussées suffisantes pour accoucher³.

L'épuisement de la mère s'inscrit à l'aide de O75.88– *Autres complications précisées du travail et de l'accouchement*.

Épuisement (physique NCA) R53

– maternel, compliquant l'accouchement O75.88–

5.8 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

5.8.1 Nommez l'état ou les états qui doivent être observés pour justifier l'utilisation d'un code de dystocie de la CIM-10-CA.

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

5.8.2 Une patiente est admise en plein travail, les membranes rompues, à 38 semaines de grossesse. Après plusieurs heures, on examine le col de l'utérus pour constater qu'il est dilaté de 4 cm. On lui administre de l'ocytocine par intraveineuse, puis on examine de nouveau le col de l'utérus après deux heures; la dilatation est toujours de 4 cm. Après discussion avec la patiente concernant la difficulté du travail, le médecin décide de procéder à une césarienne. Dans ce cas, quel code de la catégorie O62 devrait être attribué?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

5.9 Résumé du chapitre

Dans le présent chapitre, certaines définitions importantes liées à la relation entre le fœtus et le bassin de la mère ont été passées en revue. Le déroulement normal du travail et de l'accouchement ainsi que les facteurs en jeu susceptibles d'entraver la progression du travail ont été abordés. Voici certains points saillants :

- la relation entre le fœtus et le bassin de la mère doit être comprise afin d'interpréter correctement les renseignements inscrits dans le dossier de la patiente et les codes de la CIM-10-CA;
- il est essentiel de bien comprendre le déroulement normal du travail et de l'accouchement afin de pouvoir reconnaître les renseignements au dossier décrivant les événements anormaux liés au travail et à l'accouchement;
- le terme *dystocie* fait simplement référence à un travail difficile ou anormal. De nombreux facteurs en jeu peuvent causer la dystocie. Lorsque les facteurs sont précisés, on se doit de sélectionner les codes correspondants. S'ils ne le sont pas, il faut alors attribuer O66.9 *Dystocie, sans précision*;
- le terme *échec du travail* signifie que le travail s'arrête. Lorsque les facteurs sont précisés, on se doit de sélectionner les codes correspondants. S'ils ne le sont pas, il faut alors attribuer O62.2– *Autres formes d'inertie utérine*;
- les codes des catégories O64 à O66 ne représentent pas nécessairement la cause de la dystocie à proprement parler, ils précisent toutefois que des mesures ont été prises pour prévenir la dystocie (manœuvres, utilisation d'instruments, césarienne);
- la tête du fœtus est souvent en position occipito-sacrée ou occipito-iliaque transverse au début du travail et tourne habituellement, de façon spontanée au cours du travail, en position occipito-pubienne. La position se détermine alors en fonction de l'orientation de sa tête au moment de l'accouchement, et non à l'entrée du détroit supérieur;
- il faut obligatoirement inscrire la dystocie des épaules à l'aide de O66.0– *Dystocie due à une dystocie des épaules*, même si aucune intervention n'est inscrite au dossier;
- il y a inertie utérine initiale si le col de l'utérus ne se dilate pas au cours de la phase de latence (entre 0 et 4 cm);
- il y a inertie utérine secondaire si la dilatation du col s'arrête au cours de la phase active du travail (au-delà de 4 cm de dilatation);
- l'épuisement de la mère s'inscrit à l'aide de O75.88– *Autres complications précisées du travail et de l'accouchement*.

5.10 Études de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

5.10.1 Étude de cas n° 1

Date d'admission : Le 1^{er} janvier 2018

Date de sortie : Le 2 janvier 2018

Diagnostic définitif : Position occipito-postérieure
Accouchement par ventouse en raison d'un retard au cours du deuxième stade du travail

Patiente primigeste hospitalisée à 37 semaines et 2 jours de grossesse, rupture spontanée des membranes, travail spontané.

Cheminement à l'hôpital : À l'admission, le toucher vaginal permet de confirmer une dilatation du col de 5 cm, un effacement à 80 % et la présentation du sommet à la hauteur +1. Les membranes se sont rompues spontanément. Le 1^{er} janvier 2018 à 12 h 45, le col était complètement dilaté. Toutefois, il y a eu retard au deuxième stade avec absence de descente après 55 minutes de poussées. Un diagnostic de position occipito-postérieure est posé; on décide donc d'aider la patiente à accoucher à l'aide d'une ventouse. Une fois de plus, le toucher vaginal permet de confirmer la dilatation complète du col de l'utérus, la présentation du sommet à la hauteur +2 et la position occipito-postérieure. Les membranes étaient déjà rompues.

Une ventouse en Silastic est facilement apposée. Avec une légère traction, le bébé sort du vagin en bon état et son visage pointe vers le pubis de la mère, ce qui confirme la position occipito-postérieure. L'examen vaginal permet de confirmer une déchirure du périnée au deuxième degré. La plaie est suturée à l'aide de catgut.

Résumé du travail et de l'accouchement :

Type de travail : Spontané

Début du travail : Le 1^{er} janvier 2018 à 8 h

Rupture des membranes : Spontanée, le 1^{er} janvier 2018 à 10 h

Dilatation complète : Le 1^{er} janvier 2018 à 12 h 45

Début des poussées : Le 1^{er} janvier 2018 à 12 h 47

Naissance du bébé : Le 1^{er} janvier 2018 à 13 h 57

Accouchement vaginal : Ventouse, partie inférieure et une traction

Indication de l'accouchement vaginal assisté : Retard au cours du deuxième stade du travail

Agent anesthésique : Aucun

Épisiotomie : Aucune

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

5.10.2 Étude de cas no 2

Date d'admission : Le 7 février 2018

Date de sortie : Le 11 février 2018

Diagnostic définitif : Césarienne urgente en raison d'une dystocie
Gros fœtus pour l'âge gestationnel

Antécédents pertinents : Une patiente primigeste de 21 ans se présente à terme et en travail. La dilatation du col a progressé jusqu'à 7 ou 8 cm. Cependant, depuis plus de trois heures, malgré les doses indiquées d'analgésie par épidurale et d'une stimulation par ocytocine, le travail ne progresse plus. On décide de pratiquer une césarienne.

Cheminement à l'hôpital : La patiente est emmenée en salle d'opération pour une césarienne urgente (segment inférieur). Elle accouche d'un petit garçon en santé dont l'Apgar est de 8 puis de 9 et dont le pH est bon. Il pèse 4 870 grammes. Au moment de l'intervention, on a remarqué que l'utérus présentait un anneau de Bandl.

Pas de complication pré- ou post-opératoire. Elle a obtenu son congé au quatrième jour et reviendra me consulter à mon cabinet dans six semaines.

Résumé du travail et de l'accouchement :

Stimulation : RAM et ocytocine par intraveineuse

Présentation : céphalique

Début du travail : Le 7 février 2018 à 16 h 30

RAM : Le 7 février 2018 à 22 h 15

Naissance du bébé : Le 8 février 2018 à 2 h 39

Indication de la césarienne : Échec du travail et dystocie

Poids : 4 870 grammes

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 6 : Accouchement vaginal assisté

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous allons traiter des accouchements réalisés à l'aide de forceps ou d'une ventouse ainsi que des échecs d'applications. Nous passerons en revue les normes de codification et les codes pertinents de la CIM-10-CA et de la CCI et nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur deux études de cas.

Le présent chapitre est composé des six sections suivantes :

- Section 6.1 : Définitions relatives à un accouchement vaginal assisté
- Section 6.2 : Indications pour l'accouchement vaginal assisté
- Section 6.3 : Accouchement par forceps
- Section 6.4 : Accouchement par ventouse
- Section 6.5 : Échec d'application d'une ventouse ou d'un forceps
- Section 6.6 : Utilisation d'un forceps ou d'une ventouse par l'incision de la césarienne

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et deux études de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

6.1 Définitions relatives à un accouchement vaginal assisté

L'*accouchement vaginal assisté* réfère à l'utilisation de forceps ou d'une ventouse obstétricale. Il est possible de pratiquer d'autres interventions telles la rotation manuelle, l'épisiotomie et la symphysiotomie (cas rares) pour effectuer un accouchement par voie vaginale.

Rotation manuelle

L'objectif de la rotation manuelle est identique à celui de la rotation par forceps : faire passer la tête fœtale en position occipito-antérieure, entraînant ainsi une diminution du diamètre de la présentation de la tête fœtale. Si la rotation menant à une position occipito-antérieure ne s'effectue pas de façon spontanée, le recours à la rotation manuelle, avec ou sans instrument, peut faciliter l'accouchement vaginal.

5.MD.40.^ **Version et/ou rotation lors de l'accouchement**

À l'exclusion de : Version ou rotation avant le début du travail (voir 5.AC.40.^)

À codifier aussi : Type d'accouchement (p. ex., accouchement avec assistance manuelle 5.MD.50.^, accouchement par forceps 5.MD.53.^, accouchement par ventouse obstétricale 5.MD.54.^, forceps et ventouse obstétricale associés 5.MD.55.^, accouchement par le siège 5.MD.56.^ ou césarienne 5.MD.60.^)

5.MD.40.JA par version céphalique externe

Comprend : En vue de l'accouchement du deuxième jumeau

5.MD.40.JB par version podalique interne

Comprend : Rotation du fœtus, in utero, avec main et doigts dans l'utérus, pour qu'il se présente par le siège

5.MD.40.JC par rotation manuelle de la tête du fœtus (p. ex., manœuvre de Pomeroy)

À l'exclusion de : Ligature des trompes par la méthode de Pomeroy (voir 1.RF.51.^)

5.MD.40.LH par manœuvre de renversement (p. ex. manœuvre de Rubin, manœuvre de Wood)

Comprend : Rotation interne de l'épaule (pour une dystocie des épaules)

Version et rotation

Version — Manœuvre manuelle qui consiste à modifier la présentation du fœtus par rapport à la mère.

Version externe — Manipulation du corps du fœtus en appuyant sur la paroi abdominale de la mère.

Version céphalique — Version qui consiste à engager la tête du fœtus dans le bassin de la mère.

Version interne — Tourner le fœtus à l'aide de la main ou des doigts insérés dans le col dilaté de l'utérus.

Version podalique — Version qui consiste à placer une jambe du fœtus, ou les deux, dans le bassin de la mère.

Rotation — Tourner la tête du fœtus de 90 degrés pendant le travail afin que le diamètre le plus long de la tête du fœtus s'aligne avec le diamètre le plus long du détroit inférieur du canal génital. D'habitude, la rotation s'effectue naturellement. Si ce n'est pas le cas, l'obstétricien peut la pratiquer avec ses mains ou des instruments (il s'agit d'un changement de position).

Épisiotomie

Il n'a pas encore été démontré que le recours systématique à l'épisiotomie constituait un moyen efficace d'écourter le deuxième stade du travail (sauf si le périnée nuit à l'accouchement, alors il est possible que l'épisiotomie soit pratiquée au lieu d'utiliser un forceps ou une ventouse). L'épisiotomie n'entraîne aucune diminution de l'incidence des traumatismes maternels et peut même l'accroître. Les épisiotomies médianes entraînent une hausse du risque de déchirures du troisième et du quatrième degré tant pour les accouchements spontanés par voie vaginale que pour les accouchements assistés.

Symphyséotomie

La symphyséotomie consiste à sectionner le cartilage fibreux de la symphyse pubienne afin de faciliter l'accouchement. Cette intervention agrandit le diamètre du bassin.

5.MD.47.^ ^ Incisions chirurgicales (pour faciliter l'accouchement)

Comprend : Hystéromatotomie (pour faciliter l'accouchement)
Pubiotomie (pour faciliter l'accouchement)

À l'exclusion de : Épisiotomie (voir 5.MD.50.^ ^, 5.MD.53.^ ^, 5.MD.54.^ ^)
À codifier aussi : Type d'accouchement (voir 5.MD.53.^ ^, 5.MD.54.^ ^, 5.MD.55.^ ^ ou 5.MD.56.^ ^)

5.MD.47.GJ incision du col

Comprend : Hystéromatotomie
Incisions radiales [p. ex., incision de Dührssen]

5.MD.47.GK symphyséotomie

Comprend : Pubiotomie

5.MD.47.GL épisioproctotomie

Comprend : avec réparation consécutive

5.MD.47.GU incision du vagin

6.2 Indications pour l'accouchement vaginal assisté

Les directives de la SOGC précisent qu'il est important de décrire clairement l'utilisation d'instruments tout au long du travail et de l'accouchement. Pour bien documenter les interventions instrumentales pratiquées, il faut préciser les points suivants :

- indication de l'intervention;
- document attestant de la tenue d'une discussion avec la patiente au sujet des risques, des avantages et des options;
- position et hauteur de présentation de la tête du fœtus;
- degré de modelage et de caput présent;
- évaluation du bassin maternel;
- évaluation de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions;
- nombre de tentatives et facilité d'application;
- durée de la traction et de la force appliquée;
- description des lésions maternelles et néonatales.

Les indications relatives aux interventions instrumentales pratiquées comprennent les cas où la poursuite du deuxième stade du travail menace considérablement la mère ou le bébé et les cas où la mère ne peut plus participer adéquatement à l'accouchement. Il faut toujours inscrire sur l'abrégié un code justifiant l'utilisation d'un forceps ou d'une ventouse.

Dans les cas d'hospitalisations où le séjour n'a pas dépassé la durée prévue, si l'accouchement a été effectué par césarienne ou à l'aide d'instruments (forceps ou ventouse), attribuez le diagnostic expliquant le motif de l'intervention comme diagnostic principal.

Dans les cas où l'échec des forceps ou d'une ventouse mène à une césarienne, attribuez à titre de diagnostic principal le trouble sous-jacent lié à la mère ou au fœtus qui était l'indication pour utiliser les forceps ou la ventouse.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Séquence des codes de diagnostic en obstétrique



Remarque

La CIM-10-CA ne contient pas de code d'utilisation de forceps ou de ventouse sans indication. Si l'indication ou la hauteur de présentation ne sont pas inscrites au dossier, il est justifié que le codificateur retourne le dossier au médecin afin qu'il précise ces renseignements.

Indications maternelles

- Maladie maternelle — cardiopathie empêchant la mère de forcer ou de pousser pendant une période de temps prolongée
- Épuisement maternel
- Échec de la descente
- Échec de la rotation interne

Indications fœtales

- État fœtal non rassurant

6.3 Accouchement par forceps

Les fonctions principales d'un forceps sont les suivantes :

- **Traction** — pour faciliter la descente; et
- **Rotation** — pour ajuster la position du crâne du fœtus.

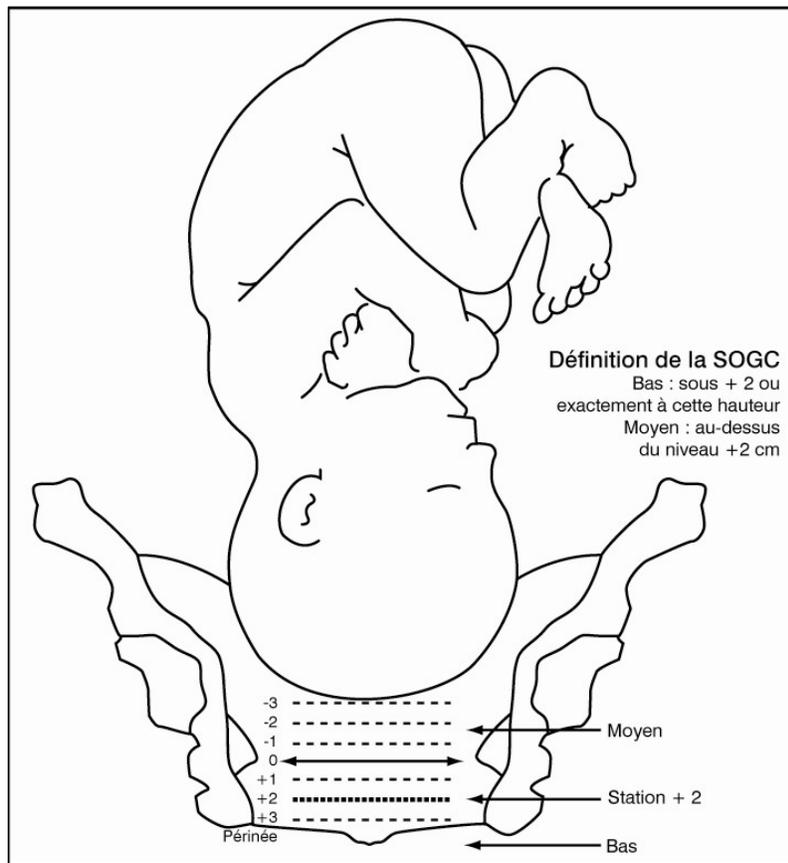
Les forceps se classent en deux groupes :

- **Forceps classique** — forceps dont les cuillers ont des courbures céphaliques et pelviennes (Simpson, Elliot).
- **Forceps spécial** — forceps conçus pour résoudre des problèmes particuliers : forceps de type Piper (pour les accouchements par le siège nécessitant le dégagement de la tête du fœtus en dernier), de type Kielland (forceps adapté aux côtés de la tête du fœtus lorsque le diamètre le plus long de la tête du fœtus est en position transversale dans le bassin) et de type Barton (arrêt en profondeur en position transverse).

Hauteur de la présentation (station fœtale)

La descente se mesure en évaluant la distance entre la partie osseuse de la tête du fœtus et les épines ischiatiques de la mère. Lorsque le crâne atteint les épines ischiatiques, il est à la hauteur de présentation 0. Lorsqu'il est au-dessus des épines ischiatiques, la hauteur s'exprime en valeurs négatives (-3, p. ex.); sous les épines ischiatiques, elle s'exprime en valeurs positives (+3, p. ex.).

Hauteurs de présentation du fœtus



5.MD.53.^ ^ **Accouchement par forceps, rotation et traction**

À l'exclusion de : Accouchements nécessitant l'association d'une traction par forceps et par ventouse obstétricale (voir 5.MD.55.^ ^)
Échec d'un accouchement au forceps transformé en accouchement par césarienne (voir 5.MD.60.^ ^)

À codifier aussi : Toute incision chirurgicale autre qu'une épisiotomie effectuée dans le but de faciliter l'accouchement (voir 5.MD.47.^ ^). L'incision chirurgicale doit être codée en tant qu'intervention principale. L'utilisation de forceps sans épisiotomie est ensuite choisie dans ce tableau.

Remarque : Les définitions de forceps proposées dans les remarques, au niveau du code, sont conformes aux instructions publiées par la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada.

5.MD.53.^ ^ Accouchement par forceps, rotation et traction	avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)	sans épisiotomie
double application de forceps [p. ex., manœuvre de Scanzoni]	5.MD.53.KS	5.MD.53.KP
rotation par forceps uniquement, avec accouchement assisté manuellement (p. ex., manœuvre de De Lee « comme une clé dans une serrure »)	5.MD.53.JE	5.MD.53.JD
forceps inférieur (bas) (p. ex., manœuvre de Pajot)	5.MD.53.KL ++	5.MD.53.KK ++
forceps moyen	5.MD.53.KN ++	5.MD.53.KM ++
forceps à la vulve	5.MD.53.KJ ++	5.MD.53.KH ++

Les accouchements réalisés à l'aide de forceps ou de ventouse sont classés en fonction de la hauteur de la présentation de la partie osseuse de la tête fœtale et du degré de rotation de la suture sagittale par rapport à la médiane.



Remarque

Les définitions suivantes s'appliquent également aux accouchements par ventouse.

Forceps à la vulve

- Le cuir chevelu du fœtus est visible par l'orifice vaginal, sans séparation des lèvres.
- Le crâne fœtal a atteint le plancher pelvien.
- La suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur ou dans la position occipito-antérieure ou occipito-postérieure gauche ou droite (la rotation ne dépasse pas 45 degrés).
- La tête fœtale a atteint ou presque atteint le périnée.

Forceps inférieur (bas)

- Le sommet du crâne est à la station +2 cm ou plus et non pas sur le plancher pelvien.
- Deux subdivisions :
 - rotation de 45 degrés ou moins
 - rotation de plus de 45 degrés

Forceps moyen

- La tête fœtale est engagée.
- Le sommet du crâne est au-delà de la station +2 cm.



Remarque

L'intervention à l'aide de forceps moyen est beaucoup plus difficile à pratiquer que les deux autres méthodes (forceps bas et à la vulve). Habituellement, elle est réalisée en salle d'opération où il est possible de pratiquer une césarienne de toute urgence en cas d'échec. Codifiez les forceps moyens-bas sous *forceps moyen*.

Forceps haut

Application de forceps à tout moment avant l'engagement de la tête fœtale. Cette intervention n'est plus pratiquée en soins obstétricaux modernes; elle a été remplacée par la césarienne. C'est pourquoi la CCI ne présente aucun code pour cette intervention.

Double application

On utilise d'abord le forceps pour tourner la tête fœtale puis, après l'avoir retiré, on l'utilise de nouveau pour effectuer l'accouchement (manœuvre de Scanzoni).

6.4 Accouchement par ventouse

Une ventouse obstétricale est composée des parties suivantes :

- ventouse spécialement conçue en plastique ou en métal (les instruments en plastique affichent des taux inférieurs de blessures infligées au fœtus) de tailles différentes;
- un boyau relie la ventouse à la pompe d'aspiration;
- une chaîne, reliée de la ventouse à une barre transversale de traction, passe par le boyau.

La fonction primaire de la ventouse est la **traction**.



Remarque

Habituellement, on n'utilise pas la ventouse pour faire tourner le fœtus. Elle est plutôt conçue pour tirer le fœtus. La rotation de la tête fœtale déjà en position anormale doit pouvoir se faire naturellement au fur et à mesure que la traction est exercée. Lorsqu'on se sert d'une ventouse pour faire tourner le fœtus, on risque d'exercer une torsion pouvant endommager gravement le crâne fœtal.

Application

- On choisit d'utiliser la ventouse la plus grande qu'il est possible d'insérer.
- La traction est exercée de façon discontinue en même temps que les contractions et les poussées de la mère.
- Aucune traction n'est exercée entre les contractions.
- Habituellement, entre trois et cinq tractions suffisent.
- Si la descente du fœtus ne se poursuit pas ou que la ventouse glisse après deux ou trois tractions, il convient alors de pratiquer une césarienne. Il pourrait s'agir d'un cas de disproportion céphalo-pelvienne.
- La ventouse ne devrait pas demeurer sur la tête du fœtus plus de 30 minutes.

Il ne faut pas utiliser une ventouse dans les cas de présentation de la face ni sur la tête d'un fœtus qui se présente par le siège. Dans de rares circonstances, il est possible d'utiliser la ventouse lorsque le col de l'utérus n'est pas complètement dilaté ou lorsque la tête fœtale n'est pas engagée.

5.MD.54.^ ^ Accouchement par traction par ventouse obstétricale

À l'exclusion de : Accouchements nécessitant l'association d'une traction par forceps et par ventouse obstétricale (voir 5.MD.55.^ ^)
Échec d'une traction par ventouse obstétricale remplacée par un accouchement par césarienne (voir 5.MD.60.^ ^)

À codifier aussi : Toute incision chirurgicale autre qu'une épisiotomie effectuée dans le but de faciliter l'accouchement (voir 5.MD.47.^ ^).
L'incision chirurgicale doit être codée en tant qu'intervention principale. L'utilisation de ventouse obstétricale sans épisiotomie est ensuite choisie dans ce tableau.

5.MD.54.^ ^ Accouchement par traction par ventouse obstétricale	avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)	sans épisiotomie
traction par ventouse de sortie (à la vulve)	5.MD.54.KJ ++	5.MD.54.KH ++
traction par ventouse pour partie inférieure (basse)	5.MD.54.KL ++	5.MD.54.KK ++
traction par ventouse pour partie moyenne	5.MD.54.KN ++	5.MD.54.KM ++
traction par ventouse SAI	5.MD.54.NF	5.MD.54.NE

Utilisation combinée d'une ventouse obstétricale et d'un forceps**5.MD.55.^ ^ Accouchement avec utilisation combinée de ventouse obstétricale et de forceps**

Comprend : « Échec » de l'application d'une ventouse suivi de l'application de forceps

À l'exclusion de : « Échec » d'une tentative d'accouchement par ventouse obstétricale/forceps remplacée par une césarienne (voir 5.MD.60.^ ^)

5.MD.55.^ ^ Accouchement avec utilisation combinée de ventouse obstétricale et de forceps	avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)	sans épisiotomie
ventouse et forceps moyen	5.MD.55.KN	5.MD.55.KM
ventouse et forceps inférieur (bas)	5.MD.55.KL	5.MD.55.KK
ventouse et forceps à la vulve	5.MD.55.KJ	5.MD.55.KH
ventouse et forceps SAI	5.MD.55.KR	5.MD.55.KQ



Mise en garde

L'utilisation de la ventouse, puis d'un forceps ne signifie pas nécessairement que l'intervention à la ventouse est un échec. Il est possible de se servir d'abord d'une ventouse pour faire descendre le fœtus et ensuite de forceps pour le faire tourner ou exercer une seconde traction pour l'extraire.

6.5 Échec d'application d'une ventouse ou d'un forceps

Échec d'application d'un forceps

L'échec d'application d'un forceps signifie une tentative vaine d'extraire le bébé à l'aide d'un forceps et l'abandon de cette méthode pour pratiquer une césarienne.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il faut considérer que l'accouchement par forceps a échoué si :

- la descente de la tête du fœtus ne progresse pas avec chaque traction;
- après trois tractions sans descente, le fœtus n'a pas été expulsé du canal génital⁴.



Remarque

La SOGC soutient que la plupart des accouchements assistés, y compris les accouchements par ventouse, doivent être considérés comme des tentatives. À moins que le médecin ne soit certain de la réussite de l'accouchement assisté par voie vaginale, il doit envisager la possibilité d'un échec. Il faut également prévoir une solution de rechange et la mettre en pratique rapidement en cas d'échec de l'accouchement assisté.

Échec de l'application d'une ventouse

L'échec de l'application d'une ventouse signifie une tentative vaine d'extraire le fœtus à l'aide d'une ventouse et l'abandon de cette méthode en faveur de l'utilisation de forceps ou de la pratique d'une césarienne. Chacune des applications doit être considérée comme une tentative d'extraction à l'aide d'une ventouse.

Selon l'OMS, il faut considérer que l'extraction par ventouse obstétricale a échoué si :

- la descente de la tête du fœtus ne progresse pas avec chaque traction;
- après trois tractions sans descente, ou après 30 minutes, le fœtus n'a pas été expulsé du canal génital;
- la cupule, au maximum de pression négative, glisse deux fois de la tête dans le sens de la traction⁴.



Remarques

- ▶ La SOGC précise que si l'accouchement n'a pas eu lieu après quatre contractions, il faut réévaluer la méthode choisie.
- ▶ Lorsque l'utilisation d'une ventouse ou d'un forceps échoue et qu'on opte pour une autre méthode d'accouchement assisté, la césarienne par exemple, il faut inscrire **l'indication pour l'intervention à l'aide d'instruments avant d'attribuer** O66.5– *Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision.*

Justification : L'échec de l'application de la ventouse ou d'un forceps ne devient pas une indication de césarienne. Cette intervention est pratiquée dans le but de prendre en charge l'état sous-jacent de la mère ou du fœtus. Même si la première méthode d'extraction du fœtus a échoué, elle ne change en rien la raison initiale pour laquelle il fallait accélérer l'accouchement. L'échec de l'utilisation d'une ventouse ou d'un forceps sera saisi à titre de diagnostic supplémentaire de type (1).

6.6 Utilisation d'un forceps ou d'une ventouse par l'incision d'une césarienne

Il est parfois nécessaire d'utiliser une ventouse ou un forceps pendant une césarienne. Si l'un de ces instruments est utilisé avant une césarienne ou par l'incision d'une césarienne, il faut attribuer les codes appropriés des colonnes 2 ou 3 du tableau de la catégorie 5.MD.60.^{^^} *Accouchement par césarienne*. Il convient d'utiliser le code de la colonne 5 *avec ventouse obstétricale et forceps* si un forceps ET une ventouse ont été utilisés (sans succès). L'attribut d'étendue peut être employé, si désiré (consultez la note à l'attribut d'étendue).

E50 Utilisation d'instrumentation durant une césarienne

01 Application unique (d'instruments)

02 Application de deux (instruments) durant l'épreuve de travail et durant la césarienne

Note : Dans les cas où la ventouse et/ou le forceps sont employés avant de procéder à la césarienne ou la ventouse et/ou le forceps sont employés par l'incision chirurgicale, utilisez *Application unique (d'instruments)*.

Dans les cas où la ventouse et/ou le forceps sont employés avant la césarienne et par l'incision chirurgicale, utilisez *Application de deux (instruments)*.



Mise en garde

Il faut éviter de confondre les termes Application de deux (instruments) dans l'encadré de l'attribut d'étendue et double application de forceps de la rubrique 5.MD.53.^^ Accouchement par forceps, rotation et traction.

Exemple : Échec de l'application d'une ventouse, suivie d'une césarienne du segment inférieur

O66.501 (1) Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum

5.MD.60.JX Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), avec ventouse obstétricale

Étendue — 01 Application unique (d'instruments)

Exemple : Césarienne du segment inférieur, utilisation de forceps uniquement par l'incision

5.MD.60.JW Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), avec forceps

Étendue — 01 Application unique (d'instruments)

Exemple : Échec de l'application de forceps, suivi d'une césarienne du segment inférieur. Utilisation de forceps par l'incision de la césarienne.

O66.501 (1) Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum

5.MD.60.JW Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), avec forceps

Étendue — 02 Application de deux (instruments) durant l'épreuve de travail et durant la césarienne



Remarques

- ▶ La présence de O66.5– et de l'attribut d'étendue 01 avec le code d'intervention de la rubrique 5.MD.60.^ signifie que les instruments ont été appliqués avant la césarienne.
- ▶ L'absence de O66.5– accompagné de l'attribut d'étendue 01 et du code d'intervention de la rubrique 5.MD.60.^ signifie que les instruments ont été utilisés uniquement par l'incision de la césarienne.
- ▶ Un attribut d'étendue 02 accompagnant le code d'intervention de la rubrique 5.MD.60.^ signifie que les instruments ont été utilisés avant la césarienne et par l'incision pendant l'intervention.

6.7 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

- 6.7.1** Si le dossier indique que la hauteur de la présentation de la tête du fœtus est à +2 et qu'un forceps a été utilisé, quel code de la CCI sélectionneriez-vous pour désigner le type de forceps : bas, moyen, à la vulve?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

- 6.7.2** Pendant l'accouchement, le médecin tente de faire sortir le fœtus en utilisant une ventouse. Au bout de 30 minutes, cette méthode se révèle infructueuse. On décide donc, après en avoir discuté avec la patiente, de pratiquer une césarienne. Faut-il sélectionner deux codes de la CCI pour indiquer l'utilisation d'une ventouse, puis la pratique d'une césarienne?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

6.8 Résumé du chapitre

Dans ce chapitre, les définitions de la SOGC sur les accouchements assistés par forceps ou ventouse ont été passées en revue, ainsi que les indications les plus fréquentes qui entraînent leur utilisation. La notion d'échec d'application d'une ventouse et d'un forceps ainsi que l'utilisation d'instruments par l'incision d'une césarienne ont aussi été abordées. Voici certains points saillants :

- l'accouchement vaginal assisté réfère à l'application d'un forceps ou d'une ventouse obstétricale;
- les directives de la SOGC précisent qu'il est important de bien documenter l'utilisation des instruments, les indications, la hauteur de la présentation et le nombre de tentatives dans le dossier de la patiente;
- l'indication d'application d'une ventouse ou d'un forceps doit toujours être codée;
- les principales fonctions d'un forceps sont la traction et la rotation;
- la principale fonction de la ventouse est la traction;
- les accouchements pratiqués à l'aide d'une ventouse ou d'un forceps sont classés en fonction de la hauteur de la présentation de la partie osseuse engagée de la tête fœtale et du degré de rotation de la suture sagittale par rapport à la médiane (à la vulve, inférieur (bas) et moyen);
- les définitions des termes *à la vulve*, *détroit inférieur* (ou bas) et *détroit moyen* s'appliquent au forceps et à la ventouse et se trouvent dans les directives publiées par la SOGC;
- l'échec de l'application d'un forceps signifie une tentative vaine d'extraire le bébé à l'aide d'un forceps et l'abandon de cette méthode pour pratiquer une césarienne;
- l'échec de l'application d'une ventouse signifie une tentative vaine d'extraire le fœtus à l'aide d'une ventouse et l'abandon de cette méthode en faveur de l'utilisation d'un forceps ou de la pratique d'une césarienne;
- l'application d'un forceps ou d'une ventouse avant la césarienne ou par l'incision de la césarienne se code à l'aide des qualificatifs appropriés de la rubrique 5.MD.60.^{^^} *Accouchement par césarienne*.

6.9 Études de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

6.9.1 Étude de cas n° 1

Diagnostics : Échec de l'utilisation d'un forceps
Deuxième stade prolongé

Interventions pratiquées :

Tentative d'accouchement par forceps — rotation moyenne inférieure par forceps Kielland

Tentative d'accouchement par forceps Simpson

Césarienne

Perte sanguine estimée : 650 cc

Résultat : Nouveau-né de sexe masculin en présentation céphalique

Antécédents : Femme de 38 ans (gravida 4, para 0) en travail spontané. Bonne progression au premier stade de travail sans stimulation ni anesthésie. Pendant le deuxième stade de travail, la patiente a été examinée et la hauteur de la présentation de la partie engagée du fœtus était de 0, en position occipito-pubienne directe.

Environ une heure et demie plus tard, on a examiné la patiente de nouveau pour constater que le fœtus n'avait pas vraiment progressé. La patiente a reçu du fentanyl par intraveineuse, puis on l'a examinée par la suite. Cet examen a révélé la progression du fœtus à la hauteur +1. Il était à ce moment en OIGT. La patiente a reçu une anesthésie épidurale.

Un forceps Kielland a été appliqué pour permettre une rotation de la tête fœtale. Application directe en utilisant une force légère qui a permis d'effectuer une rotation de la tête fœtale en OP. Retrait du forceps Kielland, puis utilisation d'un forceps Simpson sans complication. Position adéquate confirmée.

Après trois contractions et maintes poussées de la mère, on a tenté d'utiliser un forceps pour dégager la tête. Après la troisième contraction, on a décidé d'abandonner la méthode avec forceps et de pratiquer une césarienne, conformément au protocole. On a pratiqué une incision transversale sur le segment inférieur. La tête du fœtus est sortie sans complication.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

6.9.2 Étude de cas no 2

Diagnostic : Césarienne antérieure
Arrêt des progrès au cours du deuxième stade du travail

Intervention : Accouchement par forceps moyen

Patiente de 33 ans (gravida 3, para 1) à 40 semaines de grossesse. Le travail s'est déclenché spontanément. Le col était complètement dilaté et la patiente effectuait de bons efforts expulsifs. Toutefois, après deux heures, la tête fœtale, en position occipito-iliaque antérieure, n'était rendue qu'à la hauteur +1. La patiente était encore capable de bien pousser, mais au lieu de prolonger le deuxième stade du travail, on a décidé d'extraire l'enfant sans attendre en raison d'une cicatrice utérine découlant d'une césarienne antérieure. La patiente a consenti à l'utilisation d'un forceps, puis on lui a administré une seconde dose d'anesthésie épidurale. Après avoir confirmé de nouveau que le fœtus était bel et bien en position occipito-iliaque antérieure, tête bien fléchie et à la hauteur +2, le forceps a été appliqué de la manière habituelle. Après une contraction, le sommet se trouvait à l'entrée du vagin. On a retiré les forceps. À partir de cet instant, l'accouchement s'est poursuivi normalement, comme un accouchement spontané par voie vaginale. Naissance vivante d'une petite fille, avec indice d'Apgar de 9 à la première minute et de 9 à la cinquième minute. Poids à la naissance de 3 520 grammes. Le troisième stade du travail s'est déroulé normalement. Le placenta a été expulsé spontanément. Il était intact et doté d'un cordon à trois vaisseaux.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 7 : Présentation et extraction par le siège

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous aborderons les différents types de présentation par le siège ainsi que les techniques spéciales propres à l'extraction par le siège. Nous passerons en revue les codes pertinents de la CIM-10-CA et de la CCI et nous nous pencherons sur une étude de cas.

Le présent chapitre est composé des trois sections suivantes :

- Section 7.1 : Présentation par le siège
- Section 7.2 : Accouchement par le siège
- Section 7.3 : Version podalique interne et extraction par le siège en présentation transverse

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et une étude de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

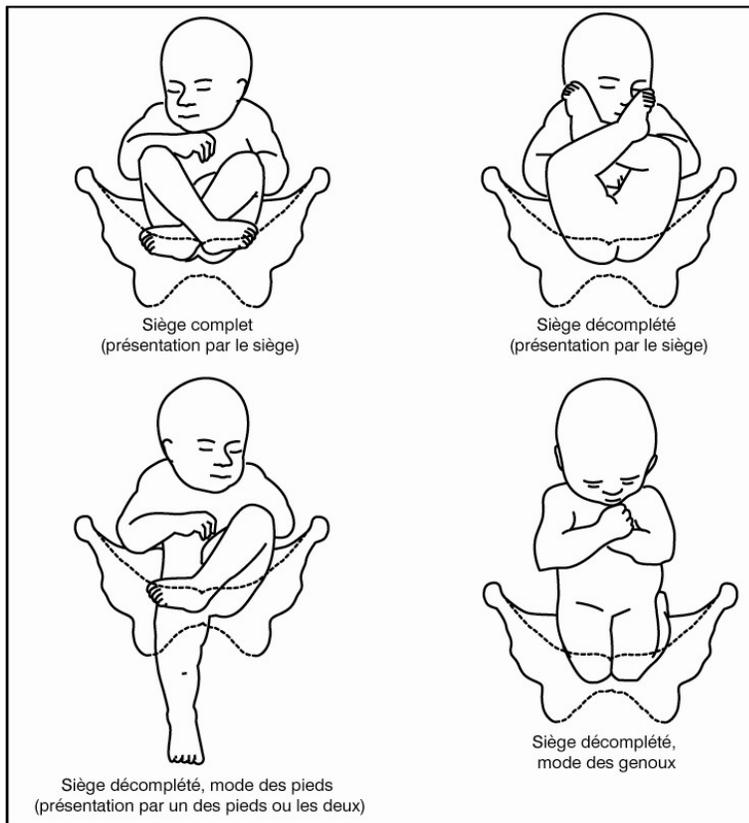
7.1 Présentation par le siège

Avant 28 semaines, le fœtus est assez petit pour changer facilement de position. En grossissant, le fœtus adopte habituellement une présentation céphalique lui permettant de mieux positionner la partie inférieure de son corps dans la portion supérieure, plus spacieuse, de l'utérus. La présentation par le siège se produit lorsque le fœtus ne se tourne pas spontanément en présentation céphalique.

Types de présentation par le siège

- **Siège décompleté** — Hanches fléchies, les genoux en extension (les jambes tendues pointent toutes deux vers le haut). Type de présentation par le siège le plus courant, qui représente deux tiers des présentations. La partie qui s'engage est le siège (fesses).
- **Siège complet** — Hanches et genoux fléchis. Les jambes sont repliées. Essentiellement, le fœtus adopte la même attitude qu'en présentation du sommet, sauf qu'il a la tête vers le haut. La partie qui s'engage est le siège (fesses).
- **Siège décompleté, mode des pieds** — Un des pieds ou les deux sont placés en extension sous les fesses du fœtus. La partie qui s'engage est le ou les pieds.
- **Siège décompleté, mode des genoux** — Extension des hanches et flexion d'un genou ou les deux. La partie qui s'engage est le ou les genoux.

Présentations par le siège



Causes de la présentation par le siège :

- Oligoamnios
- Hydramnios
- Anomalies utérines
- Tumeur pelvienne
- Position anormale du placenta
- Grande multiparité
- Bassin maternel rétréci
- Grossesse multiple (les fœtus s'empêchent mutuellement de tourner)
- Malformation congénitale
- Poids insuffisant à la naissance (l'incidence de la présentation par le siège est étroitement liée au poids)

7.2 Accouchement par le siège

Avant 1975, presque tous les accouchements suivant des grossesses uniques en présentation par le siège étaient réalisés par voie vaginale. Cependant, le taux de mortalité des fœtus en présentation par le siège était cinq fois supérieur à celui des fœtus en présentation céphalique.

Les césariennes sont désormais beaucoup plus courantes dans les cas de présentations par le siège, avec des taux de morbidité et de mortalité plus faibles. Bon nombre d'accouchements en présentation par le siège peuvent encore être exécutés par voie vaginale sans entraîner de risques significatifs de blessures ou de décès. Il faut évaluer les risques pour la mère liés à la césarienne (c.-à-d. la perte de sang, les infections, l'anesthésie) par rapport à ceux pour le fœtus liés à l'accouchement par voie vaginale (asphyxie, traumatisme).

5.MD.56.^ ^ Accouchement par le siège

Comprend : avec pression sus-pubienne [manœuvre de Kristellar]

À codifier aussi : Toute intervention chirurgicale concomitante sur la mère pour faciliter l'accouchement (voir 5.MD.47.^ ^)

Note : Les définitions d'accouchement par le siège proposées dans les remarques (au niveau du code) sont conformes à celles du manuel Oxorn-Foote *Human Labor and Birth*, 1986.

5.MD.56.^ ^ Accouchement par le siège	avec dégagement spontané de la tête	avec dégagement assisté de la tête dernière	avec application d'un forceps sur la tête dernière [p. ex. Piper]
sans épisiotomie			
accouchement par le siège spontané	5.MD.56.AA ++	—	—
extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté]	5.MD.56.NL ++	5.MD.56.NM ++	5.MD.56.NN ++
extraction totale par le siège	5.MD.56.NP ++	5.MD.56.NQ ++	5.MD.56.NR ++
extraction par le siège, sans précision	5.MD.56.NU	5.MD.56.NV ++	5.MD.56.NW

5.MD.56.^ Accouchement par le siège	avec dégagement spontané de la tête	avec dégagement assisté de la tête dernière	avec application d'un forceps sur la tête dernière [p. ex. Piper]
avec épisiotomie			
accouchement par le siège spontané	5.MD.56.GH ++	—	—
extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté]	5.MD.56.PA ++	5.MD.56.PB ++	5.MD.56.PC ++
extraction totale par le siège	5.MD.56.PD ++	5.MD.56.PE ++	5.MD.56.PF ++
extraction par le siège, sans précision	5.MD.56.PG	5.MD.56.PH ++	5.MD.56.PJ

Accouchement vaginal spontané par le siège

Les forces naturelles exercées par la mère expulsent le fœtus tout entier sans autre assistance que de soutenir le nouveau-né lors de sa naissance.



Conseil

Une présentation par le siège ayant occasionné un accouchement spontané par le siège se codifie sous O32.101 *Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Extraction partielle par le siège (accouchement assisté par le siège)

Les forces naturelles exercées par la mère ont permis d'expulser le fœtus jusqu'au nombril, puis le reste de l'accouchement s'effectue de façon assistée.

Le médecin peut choisir d'aider manuellement la mère à accoucher de la tête du fœtus en pratiquant la manœuvre Mauriceau-Smellie-Veit (extraction partielle par le siège avec dégagement assisté de la tête dernière).

On peut se servir d'un forceps Piper pour dégager la tête dernière ou après l'échec de la manœuvre Mauriceau-Smellie-Veit (extraction partielle par le siège avec forceps pour dégager la tête dernière).

Si, après l'expulsion du corps du fœtus, la colonne demeure en position postérieure et que la rotation ne s'effectue pas, le dégagement de la tête peut être réalisé à l'aide de la manœuvre Prague modifiée.

Si on ne parvient toujours pas à mener l'accouchement à terme, il se peut qu'il soit nécessaire de pratiquer des incisions radiales (incisions de Dührssen) sur le col de l'utérus afin de faciliter l'accouchement et de sauver la vie du fœtus. Cette intervention est codifiée à 5.MD.47.GJ *Incisions chirurgicales (pour faciliter l'accouchement), incision du col*. Il faut également codifier le type d'accouchement.

Extraction totale par le siège

Un professionnel de la santé extrait manuellement tout le corps du fœtus.

La césarienne a pratiquement remplacé l'extraction totale par le siège, qu'on pratique à l'occasion, lorsque la patiente doit accoucher d'urgence (détresse fœtale) ou donner naissance à un second jumeau.

L'extraction totale par le siège comprend la manœuvre de Pinard.



Conseil

La présentation par le siège nécessitant une extraction totale ou partielle par le siège se codifie sous O64.101 *Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*.

Manœuvres liées à l'extraction par le siège

Manœuvres propres à l'extraction partielle par le siège

Manœuvre	Description
Bracht	On laisse le fœtus sortir spontanément jusqu'au nombril. Le corps et les jambes en extension sont tenus avec les deux mains, tout en maintenant la rotation ascendante et antérieure du corps. Lorsque la rotation antérieure est presque complétée, on doit maintenir le corps du fœtus contre la symphyse de la mère. Le maintien dans cette position peut permettre de poursuivre l'accouchement spontanément.
Loveset	Extraction des bras dans le cas d'une présentation par le siège.
Van Horn	Extraction partielle par le siège.

Manœuvres propres à l'extraction totale par le siège

Manœuvre	Description
Pinard	Dans le cas d'un siège décomplété, il se peut que le médecin ne parvienne pas à atteindre les pieds du fœtus. Avec une main insérée dans l'utérus, il applique une pression avec ses doigts dans le creux poplité d'un genou du fœtus (vers l'arrière et l'extérieur), pour entraîner la flexion du genou, ce qui permet de saisir le pied et l'abaisser vers le bas.

Manœuvres propres au dégagement de la tête dernière

Manœuvre	Description
Mauriceau — Smellie-Veit	Méthode de dégagement de la tête dernière en cas de présentation par le siège : le corps du bébé repose dans la paume et sur l'avant-bras du médecin. Le médecin place son index et son majeur sur le maxillaire pour faire fléchir la tête tandis que l'autre main est placée sur les épaules du fœtus pour exercer une traction.
Prague	Méthode de dégagement de la tête dernière en cas de présentation par le siège lorsque le dos du fœtus est en position postérieure. Il s'agit de faire descendre le fœtus en exerçant une traction à l'aide d'un doigt accrochant la nuque du fœtus.
Prague modifiée	Méthode de dégagement de la tête dernière en cas de présentation par le siège lorsque le dos du fœtus est en position postérieure. Le médecin place une main sous les épaules du bébé pour le soutenir, puis soulève le corps du bébé vers l'abdomen de la mère avec son autre main. Cette méthode fait fléchir la tête du fœtus à l'intérieur du canal génital et fait sortir l'occiput juste au-dessus du périnée.
Wigand Martin	Le médecin place son avant-bras sous le corps du fœtus, insère son majeur (du bras sous le fœtus) dans la bouche du fœtus et place aussi son index et son annulaire sur les os malaïres du fœtus. Le doigt dans la bouche du fœtus ne sert pas à exercer une traction, mais plutôt à maintenir la flexion de la tête. Avec son autre main, le médecin exerce une pression sus-pubienne sur la tête du fœtus en poussant sur l'abdomen de la mère.

5.MD.56.^ Accouchement par le siège	avec dégagement spontané de la tête	avec dégagement assisté de la tête dernière	avec application d'un forceps sur la tête dernière [p. ex. Piper]
Extractions totale et partielle d'un fœtus qui se présente par le siège — Tableau simplifié			
Extraction partielle par le siège (accouchement par le siège assisté)	Comprend : Bracht, Loveset, Van Horn	Comprend : Bracht, Loveset, Van Horn AVEC Prague, Prague modifiée, Mauriceau — Smellie-Veit, Wigand Martin	Comprend : Toute manœuvre des colonnes 2 et 3 AVEC Forceps de type Piper
Extraction totale par le siège	Comprend : Pinard	Comprend : Pinard AVEC Prague, Prague modifiée, Mauriceau — Smellie-Veit, Wigand Martin	Comprend : Toute manœuvre des colonnes 2 et 3 AVEC Forceps de type Piper



Mise en garde

Sélectionnez seulement un code de la rubrique 5.MD.56.^ Accouchement par le siège. Par exemple, si le médecin a recours aux manœuvres de Loveset et de Mauriceau-Smellie-Veit, vous devrez sélectionner un code de la colonne avec *dégagement assisté de la tête dernière*. Si le médecin utilise un forceps sur la tête dernière, vous devrez alors sélectionner un code de la colonne avec *application d'un forceps sur la tête dernière*.

7.3 Version podalique interne et extraction par le siège en présentation transverse

Dans le cas d'une présentation transverse, on a recours à la technique de version podalique interne pour faire tourner le fœtus en position de siège décomplété, mode des pieds, afin de pratiquer l'accouchement comme s'il s'agissait d'une extraction par le siège. Cette intervention comporte des risques pour la mère et le fœtus et ne doit être envisagée que dans les cas suivants :

- Lorsque le bébé est extrêmement prématuré et que ses chances de survie sont faibles et que les risques liés à la césarienne pour la mère ne sont pas justifiés.
- Accouchement d'un second jumeau.
- Membranes intactes, col de l'utérus complètement dilaté et impossibilité de pratiquer immédiatement une césarienne¹.



Remarque

Il est possible d'extraire par le siège un fœtus qui se présente de façon transverse.



Mise en garde

Il ne faut pas confondre les termes *présentation transverse* (bébé couché sur le côté) et *position transverse* (bébé en présentation céphalique, mais dont l'occiput pointe vers un des côtés du bassin).

7.4 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

- 7.4.1** Une patiente est hospitalisée en plein travail à sa 38^e semaine de grossesse. Le médecin l'examine pour constater que le fœtus se présente par le siège. La patiente est donc emmenée en salle d'opération pour y subir une césarienne. Quel est le code de la CIM-10-CA à assigner dans ce cas de présentation par le siège : O32.101 *Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* ou O64.101 *Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

- 7.4.2** Pendant l'accouchement, on remarque que le fœtus se présente par le siège. Le médecin pratique donc la manœuvre de Loveset pour faciliter l'accouchement. Aucune épisiotomie n'est pratiquée. Quel code de la rubrique 5.MD.56.^[^] *Accouchement par le siège* sélectionneriez-vous dans ce cas?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

7.5 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a passé en revue les types de présentation par le siège, les définitions des extractions par le siège ainsi que les manœuvres spéciales servant à les réaliser. Voici certains points saillants :

- la présentation par le siège se produit lorsque le fœtus ne se tourne pas spontanément en présentation céphalique;
- il existe quatre types de présentation par le siège, soit *décomplété*, *complet*, *décomplété mode des pieds* et *décomplété mode des genoux*. Le *siège décomplété* est le type le plus courant;
- une présentation par le siège ayant occasionné un accouchement spontané par le siège se classe à O32.101 *Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*;
- l'extraction totale ou partielle par le siège se classe à O64.101 *Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*;
- la césarienne est souvent pratiquée dans les cas de présentation par le siège, mais il est également possible de procéder à une extraction totale ou partielle ou à un accouchement par le siège spontané;
- il faut sélectionner un seul code de la rubrique 5.MD.56.^{^^} *Accouchement par le siège*;
- dans le cas d'une présentation transverse, il est possible d'appliquer la technique de version podalique interne pour tourner le bébé en siège décomplété, mode des pieds et de procéder à un accouchement comme s'il s'agissait d'une extraction par le siège.

7.6 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

7.6.1 Étude de cas

Diagnostics : Grossesse intra-utérine de 37 semaines et un jour
Jumeaux monochorioniques diamniotiques
Accouchement par voie vaginale du jumeau A, extraction par le siège
du jumeau B

Résultats : Le jumeau A est un garçon en présentation céphalique. Le jumeau B était en présentation du sommet initialement, mais il a tourné en présentation transverse. Cette présentation nous a permis de pratiquer une extraction par le siège.

Intervention : L'examen de la patiente a révélé que le col était complètement dilaté pour le jumeau A. On a donc procédé à un accouchement habituel en présentation céphalique sans complication.

L'examen utérin a révélé que le jumeau B était en présentation transverse. Nous sommes parvenus à agripper l'un de ses pieds et à rompre les membranes. Nous avons abaissé ce pied et agrippé le second. Nous avons extrait le jumeau B par le siège à l'aide de la méthode Mauriceau-Smellie-Veit.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 8 : Césarienne

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous aborderons les indications et les différents types de césariennes ainsi que les complications courantes qui y sont liées. Nous discuterons également de trois scénarios de codification sur les césariennes itératives et nous soulignerons l'importance de préciser les césariennes antérieures sur l'abrégé de la BDCP. Nous passerons en revue les normes de codification pertinentes et les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI et nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur une étude de cas.

Le présent chapitre est composé des quatre sections suivantes :

- Section 8.1 : Indications de césarienne
- Section 8.2 : Types de césarienne
- Section 8.3 : Complications liées à la césarienne
- Section 8.4 : Césarienne antérieure

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et une étude de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

8.1 Indications de césarienne

Les indications sont :

- **Absolue** — Impossibilité de procéder à l'accouchement par voie vaginale.
- **Relative** — Possibilité de procéder à l'accouchement par voie vaginale, sauf que la césarienne serait plus sécuritaire pour la mère, le bébé ou les deux.

Indications courantes

- Disproportion fœto-pelvienne
- Présentation et position anormales
- Anomalie utérine
- Tumeurs
- Échec du travail
- Chirurgie utérine antérieure — y compris la césarienne antérieure, l'hystérotomie, la myomectomie
- Placenta prævia et (abruptio) hématome rétro-placentaire

- Toxémie gravidique
- Détresse fœtale
- Procidence du cordon
- Restriction de croissance intra-utérine (RCIU)
- Diabète maternel
- Incompatibilité Rh

Dans les cas d'hospitalisation où le séjour n'a pas dépassé la durée prévue, si l'accouchement a été effectué par **césarienne** ou à l'aide d'instruments (forceps ou ventouse), attribuez le diagnostic expliquant le motif de l'intervention comme diagnostic principal.

Dans les cas où l'échec des forceps ou de la ventouse mène à une césarienne, attribuez à titre de diagnostic principal, le trouble sous-jacent lié à la mère ou au fœtus qui était l'indication pour utiliser les forceps ou la ventouse.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Séquence des codes de diagnostic en obstétrique

Dans le cas où une césarienne est demandée par une mère n'ayant jamais subi de césarienne auparavant et qu'elle est pratiquée en l'absence de toute indication, un code de la sous-catégorie Z37.0– peut tout de même être utilisé comme diagnostic principal.

*Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI —
Accouchement normal*

8.2 Types de césarienne

Développement du segment inférieur

L'utérus se compose des parties suivantes :

- **Fond de l'utérus** — Partie supérieure du corps utérin au-dessus des trompes de Fallope.
- **Corps utérin** — Partie principale de l'utérus situé entre l'embouchure des trompes de Fallope et l'isthme utérin. Il s'agit principalement de la partie responsable des contractions.
- **Isthme utérin** — Zone rétrécie de l'utérus au-dessus de l'endocol.
- **Col de l'utérus** — Canal endocervical d'environ 2,5 cm de longueur dont la partie supérieure est munie d'un orifice interne (cet orifice sépare le col de l'utérus de la cavité utérine) et la partie inférieure, d'un orifice externe (fermeture du col visible par le vagin).

Dans la plupart des cas, l'ovule s'implante dans la partie supérieure de l'utérus. Au cours des trois premiers mois, l'embryon croît dans l'isthme utérin, qui se dilate et prend de l'expansion pour donner de la place au fœtus. Au fur et à mesure qu'il se dilate, l'isthme s'intègre graduellement à la cavité utérine, ce qui donne une forme globulaire à l'utérus. L'isthme évasé forme le segment inférieur de l'utérus et, pendant le travail et au début, représente le tiers de l'utérus. Les contractions de cette partie de l'utérus sont beaucoup plus faibles que celles du corps utérin¹.

5.MD.60.^ ^ **Accouchement par césarienne**

Comprend : Retrait manuel du placenta lors du même épisode opératoire

À l'exclusion de : en vue d'une interruption chirurgicale de grossesse
(voir 5.CA.89.^ ^)

À codifier aussi : Toute ligature des trompes concomitante (voir 1.RF.51.^ ^)

Note : Il convient d'utiliser le code approprié de la colonne 2 ou 3 du présent tableau si un forceps ou une ventouse est utilisé avant la césarienne ou pour faciliter l'accouchement par l'incision de la césarienne. Il convient d'utiliser plutôt le code approprié de la colonne 5 « avec ventouse obstétricale et forceps » si un forceps et une ventouse ont été utilisés (sans succès). L'attribut d'étendue peut être employé, si désiré. (Consulter la remarque à l'attribut d'étendue).

5.MD.60.^ ^ Accouchement par césarienne	avec forceps	avec ventouse obstétricale	sans instrumentation	avec ventouse obstétricale et forceps
césarienne hystérectomie	5.MD.60.RC	5.MD.60.RD	5.MD.60.KE	5.MD.60.CB
césarienne classique [incision verticale dans le segment supérieur]	5.MD.60.JZ	5.MD.60.KA	5.MD.60.JY	5.MD.60.CC
incision extrapéritonéale	5.MD.60.KC	5.MD.60.KD	5.MD.60.KB	5.MD.60.CD
incision en T inversé	5.MD.60.RA	5.MD.60.RB	5.MD.60.KG	5.MD.60.CE
laparotomie [en cas de grossesse abdominale]	5.MD.60.RE	5.MD.60.RF	5.MD.60.KF	—
incision transversale du segment inférieur (transversale basse)	5.MD.60.JW	5.MD.60.JX	5.MD.60.AA Comprend : Césarienne SAI	5.MD.60.CF

5.MD.60.^[^] Accouchement par césarienne		avec ventouse obstétricale	sans instrumentation	avec ventouse obstétricale et forceps
autre type de césarienne NCA	5.MD.60.RG Comprend : Incision de Lee (incision verticale supérieure et inférieure combinée), incision en J, incision vaginale	5.MD.60.RH Comprend : Incision de Lee (incision verticale supérieure et inférieure combinée), incision en J, incision vaginale	5.MD.60.KT Comprend : Incision de Lee (incision verticale supérieure et inférieure combinée), incision en J, incision vaginale	5.MD.60.CG Comprend : Incision de Lee (incision verticale supérieure et inférieure combinée), incision en J, incision vaginale

Césarienne hystérectomie

Ceci comprend une césarienne suivie de l'ablation de l'utérus.

Indications

- Hémorragie non maîtrisable à la suite d'une des conditions suivantes : atonie de l'utérus, placenta prævia, hématome rétro-placentaire, prolongement d'une incision utérine dans les vaisseaux utérins;
- Rupture de l'utérus irréparable;
- Placenta accreta — Adhérence anormale du placenta (en partie ou en totalité) à la paroi utérine et absence partielle ou complète de la caduque;
- Myomes utérins de grande taille, cancer du col utérin ou des ovaires;
- Chorio-amnionite grave.

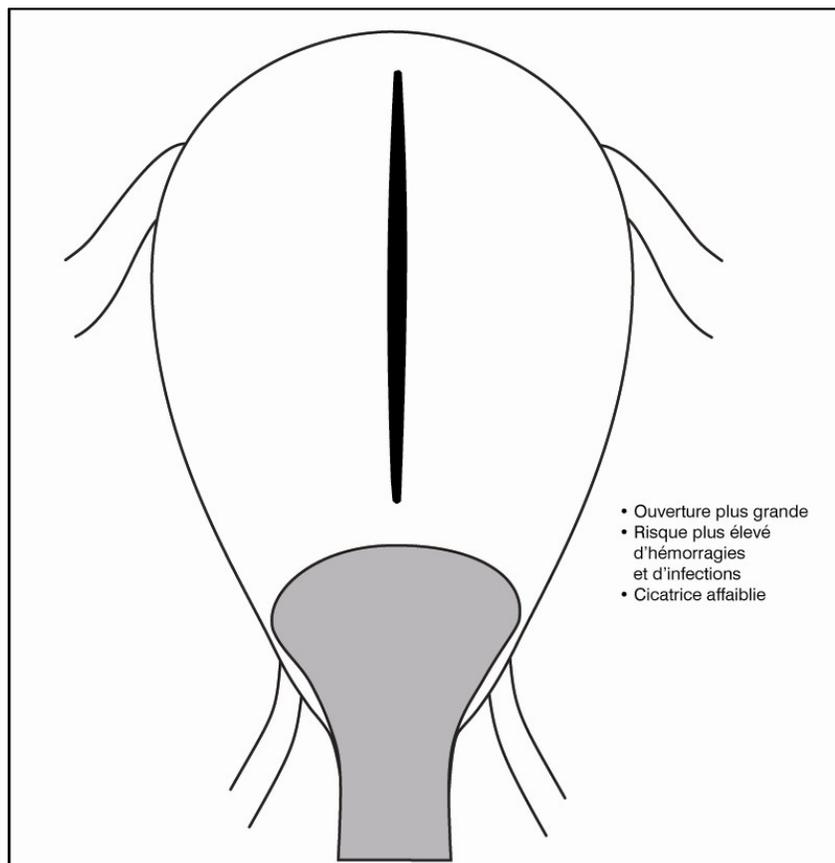
Césarienne classique

Une incision verticale est pratiquée dans le segment supérieur de l'utérus. Ce type de césarienne est la plus simple à pratiquer. La cicatrice est susceptible de se rompre au cours d'une grossesse ultérieure; ainsi, ce type d'intervention requiert une césarienne itérative lors de tout accouchement subséquent.

Indications

- Placenta prævia — incision du segment supérieur de l'utérus pour éviter de perforer le placenta situé plus bas
- Présentation transverse — meilleur accès au bébé
- Accouchement avant terme — possibilité de sous-développement du segment inférieur
- Accouchement d'urgence — méthode d'accouchement la plus rapide

Césarienne classique



Césarienne par incision extrapéritonéale

Ce type de césarienne est pratiqué sans incision du péritoine. Le péritoine est repoussé vers le haut, puis la vessie est déplacée vers le bas ou vers la ligne médiane. L'utérus peut ainsi être ouvert par une incision sur le segment inférieur.

Avant l'arrivée des antibiotiques, la césarienne par incision extrapéritonéale était réalisée auprès des patientes atteintes ou susceptibles d'être atteintes d'une infection (de l'utérus)

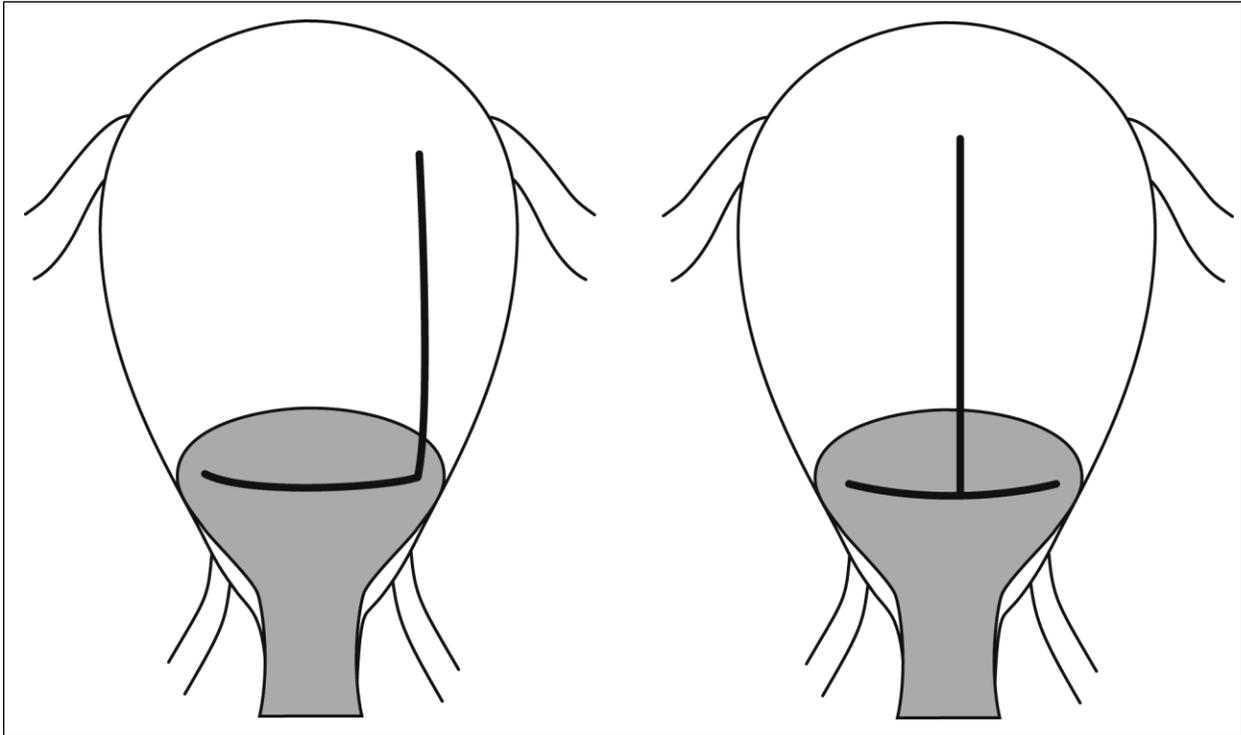
De nos jours, si l'utérus est infecté, la plupart des médecins pratiquent une césarienne suivie d'une hystérectomie.

Césarienne en T inversé ou en J

Dans de rares cas, si le segment inférieur est étroit ou si le fœtus est gros, le bébé ne peut pas sortir par l'incision transversale sus-pubienne. Le médecin doit alors pratiquer une incision en T ou en J pour agrandir l'ouverture.

Autant que possible, on évite de pratiquer de telles incisions, car elles affaiblissent l'utérus.

Césarienne avec incision en J ou en T



Césarienne par laparotomie

Cette incision abdominale permet d'extraire un fœtus couché dans la cavité abdominale à la suite d'une implantation secondaire ou d'une rupture de l'utérus. Des cas de grossesses abdominales initiales ont été recensés, mais il s'agissait, dans la plupart des cas, de grossesses abdominales secondaires à la suite d'une rupture tubaire précoce suivie d'une implantation dans l'intestin, l'épiploon ou le méésentère.



Mise en garde

Comme l'accouchement à la suite d'une grossesse intra-abdominale viable est extrêmement rare, la césarienne par laparotomie devrait rarement être pratiquée. Le retrait d'un fœtus non viable issu d'une grossesse extra-utérine se codifie sous 5.CA.93.^^ *Suppression chirurgicale de grossesse extra-utérine.*

Exemple : On pratique une césarienne par laparotomie pour mettre fin à une grossesse abdominale secondaire de 30 semaines et extraire un fœtus viable de 1 150 grammes.

- O36.731 (M) Soins maternels pour grossesse abdominale avec fœtus viable, troisième trimestre, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
- Z37.000 (3) Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
- 5.MD.60.KF Accouchement par césarienne, laparotomie [en cas de grossesse abdominale], sans instrumentation

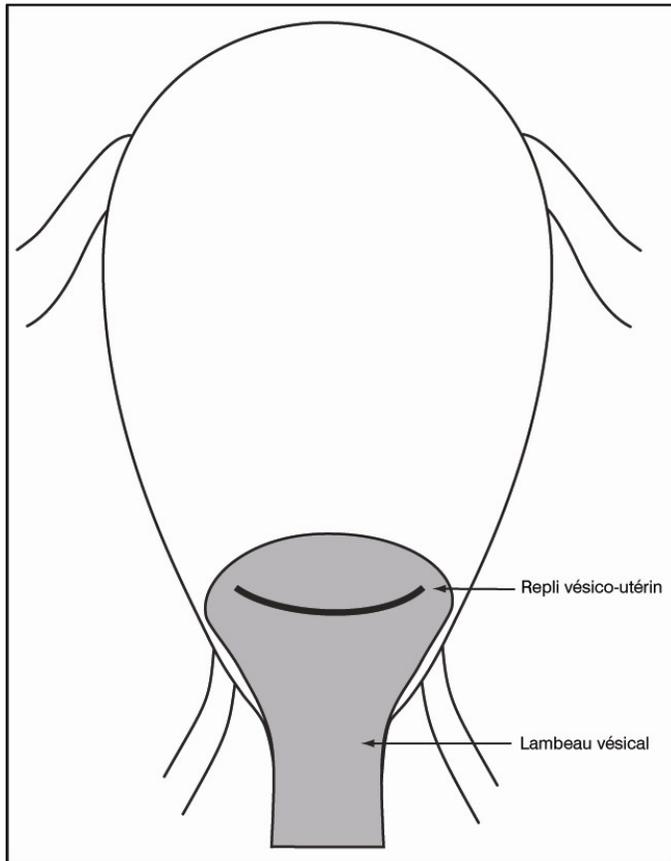
Exemple : Une femme de 39 ans primigeste à sa 33^e semaine de grossesse ayant déjà subi une myomectomie par laparoscopie se présente avec des symptômes abdominaux aigus. Une césarienne par laparotomie menée d'urgence confirme une rupture spontanée du fond de l'utérus d'où sort le sac intact du fœtus dans la partie supérieure de l'abdomen. Accouchement d'une fille viable.

- O71.001 (M) Déhiscence (sans extension) d'une ancienne cicatrice utérine avant le début du travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
- Z37.000 (3) Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
- 5.MD.60.KF Accouchement par césarienne, laparotomie [en cas de grossesse abdominale], sans instrumentation

Césarienne transversale du segment inférieur

Ce type de césarienne se pratique par l'incision transverse du segment inférieur de l'utérus. Cette incision offre la possibilité de subir une épreuve de travail lors des grossesses suivantes. La césarienne transversale du segment inférieur représente le type d'incision le plus répandu actuellement et comprend la césarienne SAI.

Césarienne transversale du segment inférieur



8.3 Complications liées à la césarienne

La césarienne est une intervention majeure pouvant entraîner de graves complications, notamment :

1. Hémorragie — O72 Hémorragie post-partum

Atonie utérine

Difficulté de retrait du placenta (adhérence du placenta)

2. Complications liées à l'incision

O90.0– Rupture d'une suture de césarienne

O90.2– Hématome d'une plaie obstétricale

O86.0– Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale



Conseil

Extension de l'incision de l'utérus

L'extension de l'incision de l'utérus est très courante. En fait, elle est presque toujours nécessaire pour faciliter l'accouchement. L'obstétricien se servira souvent de ses doigts pour prolonger l'incision afin de faciliter le passage du bébé. Cette pratique est normale et ne devrait pas être considérée comme une complication. Les extensions utérines devraient être codifiées uniquement lorsque d'autres structures ou organes sont touchés, par exemple lorsque l'incision se prolonge jusqu'à l'artère utérine, le vagin ou le col de l'utérus.

3. Thrombophlébite

O87.0– Thrombophlébite superficielle au cours de la puerpéralité

O87.1– Phlébothrombose profonde au cours de la puerpéralité

4. Lésions de la vessie ou de l'urètre

O71.5– Autres lésions obstétricales des organes pelviens

Comprend : Lésion obstétricale de la vessie

Lésion obstétricale de l'urètre

5. Occlusion intestinale

O75.4– Autres complications de chirurgie ou procédures obstétricales

K56.6 (3) Occlusions intestinales, autres et sans précision



Remarque

La norme de codification intitulée *Affections post-intervention* n'est pas applicable aux complications obstétricales survenant après un accouchement qui sont classées au chapitre XV *Grossesse, accouchement et puerpéralité* (O00-O99).

8.4 Césarienne antérieure

Lorsqu'il s'agit d'une première césarienne pratiquée sur une patiente, on parle d'une césarienne primaire. Quant aux suivantes, ce sont des césariennes itératives.

« De nos jours, plus d'un bébé sur cinq au Canada naît par césarienne, et ce taux connaît une croissance constante depuis le milieu des années 1990. Un plus grand nombre de femmes ont une césarienne pour la première fois (césarienne primaire) et moins de femmes accouchent par voie vaginale à la suite d'une césarienne. Relativement peu de futures mères (10,5 % en 2001-2002) ont déjà subi une césarienne par le passé. Parmi celles sans antécédents de césarienne au Canada en 2001-2002, un peu plus de 16 % ont eu une césarienne, une augmentation par rapport aux 14 % en 1998-1999. Le taux actuel de césariennes primaires du Canada est comparable à celui d'autres pays. Les États-Unis, l'Angleterre, le pays de Galles et l'Irlande du Nord, entre autres, déclarent tous des taux de 16 à 17 %⁵. »



Remarque

Il faut toujours codifier les césariennes antérieures sur les abrégés de la BDCP à l'aide des codes appropriés de la CIM-10-CA et attribuer à ces codes un type de diagnostic (M) ou (1).

L'information est nécessaire pour les raisons suivantes :

- attribuer le cas au bon GMA;
- calculer le taux national de césariennes itératives;
- calculer le taux national d'accouchements réussis par voie vaginale à la suite d'une césarienne antérieure;
- calculer le taux national de césariennes primaires.

Les taux de césariennes primaires, de césariennes itératives et d'accouchements par voie vaginale après une césarienne (AVAC) sont d'une grande importance clinique et ils font l'objet de nombreuses publications.

Trois scénarios de césariennes antérieures

Les trois scénarios possibles à la suite d'une césarienne antérieure sont les suivants :

Premier scénario : Césarienne répétée planifiée O34.201

La césarienne antérieure est souvent une indication de césarienne subséquente. O34.201 *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* est utilisé dans les cas où la patiente est hospitalisée en vue d'une césarienne itérative planifiée (c.-à-d. qu'on a décidé de pratiquer une césarienne itérative avant que le travail de la patiente ne commence). Le début ou non du travail de la patiente; la présence d'une seule incision du segment inférieur, d'une autre incision ou de plusieurs incisions; ou la manifestation d'autres situations ou affections qui *accélèrent* la nécessité d'une césarienne (p. ex. la détresse fœtale) n'influent pas sur l'attribution de ce code de la CIM-10-CA. Lorsqu'il s'agit d'une intervention **répétée et planifiée**, O34.201 est attribué.

Deuxième scénario : Échec de l'épreuve de travail après une césarienne O66.401 (Césarienne itérative d'urgence)

On utilise O66.401 *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* lorsque la patiente a déjà eu une césarienne et subit une épreuve de travail. L'épreuve de travail ne permet pas l'accouchement par voie vaginale et la mère doit subir une césarienne itérative (urgente) non planifiée. Les indications principales menant à l'interruption de l'épreuve de travail et ensuite à la césarienne sont les suivantes :

- Arrêt des progrès
- Détresse fœtale
- Soupçon de rupture utérine
- Récurrence du problème ayant mené à la césarienne antérieure

Troisième scénario : Accouchement par voie vaginale après une césarienne [AVAC] O75.701

De 50 à 85 % des patientes qui subissent une épreuve de travail après une césarienne réussissent à accoucher par voie vaginale. Selon une étude canadienne, le taux de réussite est de 76,6 %⁶.

Les taux de naissances par césarienne et d'AVAC semblent être inversement proportionnels, toutes régions confondues. Les régions sanitaires dont les taux d'AVAC sont supérieurs présentent dans l'ensemble des taux de césariennes inférieurs.

Le taux d'AVAC au Canada est passé de 35 % en 1997-1998 à 27 % en 2001-2002.

En 2001-2002, le taux de césarienne au Canada a atteint un sommet inégalé, soit 22,5 %.

O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* sert à codifier les cas où les patientes ont déjà subi une césarienne, subissent une épreuve de travail et accouchent par voie vaginale.

Indications menant à l'AVAC

- Une incision transversale du segment utérin inférieur avait été pratiquée.
- L'indication ayant mené à la césarienne primaire n'est pas présente dans la grossesse actuelle.
- La grossesse actuelle n'est pas compliquée par une grossesse multiple, une position anormale ou une macrosomie.

Contre-indications de l'AVAC

- Une incision utérine classique avait été pratiquée.
- Hystérotomie ou myomectomie antérieure pratiquée dans la cavité utérine.
- Rupture utérine antérieure.
- Contre-indication au travail.

Risque le plus important

- Rupture utérine

Autres ressources

Donner naissance au Canada

[Donner naissance au Canada](#) est une série de rapports sur la santé des mères et des bébés au Canada. L'information présentée dans ces rapports s'appuie sur les données tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP).

Lorsque l'accouchement a lieu au cours d'un épisode de soins et que la patiente a un antécédent de césarienne, attribuez l'un des codes ci-dessous, obligatoire :

- *O75.701 Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum;*
- *O66.401 Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum;*
- *O34.201 Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Assurez-vous que les codes ci-dessus n'apparaissent jamais ensemble sur le même abrégé, car ils sont mutuellement exclusifs.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Accouchement avec antécédent de césarienne

Règle de vérification des classifications

Numéro de l'erreur : 10 00 66

Combinaison invalide de codes de diagnostics : O75.701, O66.401 et O34.201

O75.701, O66.401 et O34.201 sont mutuellement exclusifs. Seul un code parmi les trois peut être inscrit dans l'abrégé.

Il s'agit d'un message d'avertissement. Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégé.

Question pour stimuler la discussion

Voici un exemple tiré de la Base de données sur les congés des patients (BDGP). Est-ce que ce cas a été codé correctement?

- O66.401 (M) *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- O34.201 (1) *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- O62.001 (1) *Contractions initiales insuffisantes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- O68.101 (1) *Travail et accouchement compliqués par la présence de méconium dans le liquide amniotique, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*
- 5.MD.60.AA *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation*

Réponse : Non, la codification est incorrecte. Dans ce cas, il ne faut pas attribuer O34.201.

Question : La mère, enceinte de jumeaux, a déjà subi une césarienne deux ans auparavant. Elle est hospitalisée, car elle doit subir une épreuve de travail. L'accouchement du premier jumeau se produit par voie vaginale. Deux heures après l'accouchement de ce jumeau, la mère subit une césarienne pour le second jumeau qui est en position OIGT et dont le rythme cardiaque est anormal. Dans cette situation, est-il approprié de sélectionner O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* et O66.401 *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*?

Réponse : Oui, il est possible de sélectionner ces deux codes dans cette situation. Toutefois, un message d'erreur sera généré, mais il ne s'agit que d'un message d'avertissement. La raison pour laquelle un message d'avertissement a été instauré plutôt qu'un message d'erreur est justement pour prendre en considération une naissance multiple. Il s'agit de l'exception à la règle selon laquelle un seul code de la CIM-10-CA dénotant l'antécédent de césarienne est consigné sur l'abrégié.

Attributs de situation des césariennes

En plus de sélectionner l'un des trois codes obligatoires mentionnés ci-dessus, qui servent à identifier les patientes ayant subi une césarienne antérieurement, vous devez aussi attribuer un attribut de situation à chaque césarienne. Cet attribut obligatoire à la rubrique 5.MD.60.^{^^} *Accouchement par césarienne* permet de distinguer les césariennes urgentes et planifiées de celles réalisées sans indication.

PA	Primaire, Indiquée, Planifiée
PB	Primaire, Indiquée, Urgente
PC	Primaire, Non indiquée, Planifiée
RA	Répétée, Indiquée, Planifiée
RB	Répétée, Indiquée, Urgente
RC	Répétée, Non indiquée, Planifiée
Z	Autre (inconnu)

La sélection des attributs de situation est basée sur 3 axes :

L'antécédent de césarienne indique s'il s'agit d'une première césarienne (primaire) ou d'une césarienne répétée.

L'indication correspond à la raison clinique de la césarienne documentée; par exemple, une mauvaise présentation ou la détresse fœtale. Lorsqu'aucune raison clinique n'est documentée pour la césarienne, l'attribut « Non indiquée » est associé à l'intervention. Lorsqu'une césarienne est « Non indiquée », l'accouchement par voie vaginale demeure une option. Voici deux scénarios considérés « Non indiquée » :

- Une césarienne primaire électorale (pour des raisons de commodité).
- Une césarienne répétée après une césarienne antérieure avec incision du segment inférieur; c'est-à-dire, qu'un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) a été proposé à la patiente, laquelle a refusé.

L'état à l'arrivée indique si la césarienne était planifiée ou urgente. Une césarienne planifiée est une intervention prévue dont la décision précède le début du travail. Elle exclut un changement de plan en raison d'une situation urgente. Une césarienne urgente est une intervention imposée par une situation urgente qui menace la santé de la mère ou du fœtus. Le travail peut avoir commencé ou non.

Sélection de l'attribut de situation

Utilisez l'information suivante dans votre sélection de l'attribut de situation approprié :

PA Primaire, Indiquée, Planifiée

À l'exclusion de

- césarienne primaire, indiquée, planifiée pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue, attribuez **PB**

PB Primaire, Indiquée, Urgente

Comprend

- césarienne primaire, indiquée, planifiée pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue

PC Primaire, Non indiquée, Planifiée

Comprend

- césarienne primaire, élective demandée par la mère
- césarienne primaire, élective pour des raisons de commodité
- césarienne primaire, non indiquée, planifiée, pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue

RA Répétée, Indiquée, Planifiée

Comprend

- césarienne répétée en raison d'une cicatrice utérine due à une césarienne antérieure avec une incision « autre » (p. ex. incision en T, incision en T inversé, incision classique);
- césarienne répétée en raison de plusieurs cicatrices utérines (la patiente a subi plus d'une césarienne antérieure ou chirurgie utérine antérieure)
- césarienne répétée en raison d'une indication clinique autre qu'une césarienne antérieure mentionnée plus haut.

À l'exclusion de

- césarienne répétée après une césarienne avec incision du segment inférieur et refus d'un AVAC, attribuez **RC**;
- césarienne répétée, non indiquée, planifiée pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue, attribuez **RB**

RB Répétée, Indiquée, Urgente

Comprend

- AVAC planifié, mais une césarienne est décidée en raison d'une situation clinique;
- césarienne répétée, indiquée, planifiée pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue

À l'exclusion de

- césarienne répétée, planifiée après une césarienne antérieure avec incision du segment inférieur pour laquelle la patiente se présente en travail avant la date prévue, attribuez **RC**

RC Répétée, Non indiquée, Planifiée

Comprend

- césarienne répétée après une césarienne antérieure avec incision du segment inférieur (une cicatrice utérine) et refus d'un AVAC

À l'exclusion de

- césarienne répétée en raison d'une cicatrice utérine due à une césarienne antérieure avec une incision « autre » (p. ex. incision en T, incision en T inversé, incision classique), attribuez **RA**

8.5 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

8.5.1 Pendant le travail, les contractions sont plus fortes dans le segment inférieur de l'utérus. Vrai ou faux?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous.

8.5.2 Cette patiente a subi deux césariennes auparavant et doit en subir une autre le 19 juin. Elle est hospitalisée en plein travail le 10 juin. On l'emmène donc en salle d'opération pour procéder à une césarienne transversale du segment inférieur. Quel est l'attribut de situation qui doit être sélectionné avec 5.MD.60.AA *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation* dans le présent scénario?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous.

8.6 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a traité des indications et des complications courantes ainsi que des différents types d'incisions liés à la césarienne. Les trois scénarios entourant la césarienne itérative et l'importance de préciser les cas de césariennes antérieures sur l'abrégié de la BDCP ont aussi été abordés. Voici certains points saillants :

- si la durée du séjour prévue a été respectée, et qu'une césarienne a été pratiquée, il faut inscrire l'indication de la césarienne à titre de diagnostic principal;
- dans le cas des césariennes dont la seule indication est une demande de la mère, on peut attribuer Z37.0– comme diagnostic principal dans l'abrégié;
- la césarienne transversale du segment inférieur est le type de césarienne le plus courant. Une césarienne non précisée est donc classée sous ce code;
- une césarienne classique et les incisions en J ou en T peuvent être pratiquées si le segment inférieur n'est pas entièrement développé;

- la césarienne par laparotomie est rare. On peut donc s'attendre à ce que la base de données ne présente pas souvent le code de cette intervention. Les indications de la césarienne par laparotomie sont l'accouchement d'une grossesse intra-abdominale ou la rupture utérine où le fœtus glisse dans la cavité abdominale;
- les complications liées à la césarienne sont classées dans le chapitre XV *Grossesse, accouchement et puerpéralité*, et non dans le chapitre XIX *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*;
- il est obligatoire de codifier les antécédents de césarienne au moyen d'un code de la CIM-10-CA et de spécifier l'attribut obligatoire de situation applicable à la rubrique 5.MD.60.^{^^} *Accouchement par césarienne*;
- les codes appropriés de la CIM-10-CA indiquant une césarienne antérieure doivent être inscrits à titre de diagnostic principal ou de type (1);
- les trois codes décrivant une césarienne antérieure sont mutuellement exclusifs et ne devraient **normalement** pas se retrouver sur le même abrégé.

8.7 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

8.7.1 Étude de cas

Diagnostic définitif : Diabète gestationnel
Césarienne antérieure
Déclenchement du travail
Césarienne du segment inférieur en raison d'une dystocie,
échec de l'épreuve de travail

Contexte : Une femme de 33 ans (gravida 2, para 1) se présente à l'hôpital pour le déclenchement du travail à 41 semaines et 2 jours (grossesse après terme). La grossesse a été compliquée par un diabète gestationnel qui a pu être maîtrisé par un régime alimentaire approprié. Le travail n'était pas commencé à l'admission. Les mouvements fœtaux étaient adéquats. Césarienne antérieure en 2016 en raison d'une dystocie.

Cheminement à l'hôpital : Déclenchement du travail effectué. Rupture artificielle des membranes et administration d'ocytocine par intraveineuse. Épidurale pour analgésie intrapartum. Malheureusement, le col ne s'est pas dilaté de plus de 3 cm, avec effacement à 80 % et le fœtus en présentation céphalique à -1. On a décidé de pratiquer une césarienne du segment inférieur en raison d'une dystocie.

Elle a souffert d'une hémorragie post-partum à la suite d'une atonie utérine. Elle a perdu environ 800 cc. L'hémorragie a été traitée par ocytocine administrée par intraveineuse, Cytotec par voie rectale et des massages bimanuels de l'utérus. Par la suite, le tonus utérin s'est amélioré et les saignements ont cessé. Le taux d'hémoglobine post-partum était de 108 g/litre.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 9 : Hémorragie post-partum

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous étudierons la définition, les causes principales, la prévention et les traitements liés à l'hémorragie post-partum. Nous aborderons également le typage du diagnostic de l'hémorragie post-partum. Nous passerons en revue les normes de codification et les codes pertinents de la CIM-10-CA et de la CCI et nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur une étude de cas.

Le présent chapitre est composé des cinq sections suivantes :

- Section 9.1 : Définition de l'hémorragie post-partum
- Section 9.2 : Causes et classification de l'hémorragie post-partum (les quatre T)
- Section 9.3 : Typage du diagnostic de l'hémorragie post-partum
- Section 9.4 : Prévention de l'hémorragie post-partum
- Section 9.5 : Prise en charge de l'hémorragie post-partum

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et une étude de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

9.1 Définition de l'hémorragie post-partum

Aux fins d'attribution des codes de la CIM-10-CA, l'hémorragie du post-partum se définit par une perte sanguine supérieure à 500 cc/ml à la suite d'un accouchement par voie vaginale ou d'une perte supérieure à 1 000 cc/ml après une césarienne. L'hémorragie post-partum précoce signifie une perte sanguine au cours des 24 premières heures suivant l'accouchement. L'hémorragie post-partum tardive (ou secondaire) représente une perte sanguine au-delà de 24 heures après l'accouchement. Habituellement, l'hémorragie post-partum précoce entraîne des saignements plus importants et une morbidité plus élevée que l'hémorragie post-partum tardive.

L'OMS et la SOGC admettent toutes deux que la définition de l'hémorragie post-partum présente des difficultés, car :

- l'estimation de la quantité de sang perdu est souvent faible et représente la moitié des pertes réelles la plupart du temps;
- après avoir perdu une faible quantité de sang, la santé de certaines femmes est compromise (p. ex. chez celles atteintes de prééclampsie, d'anémie ou de déshydratation et chez les femmes de petite taille);
- le saignement peut être lent et s'étendre sur plusieurs heures, et il est possible qu'on remarque l'état de la patiente uniquement lorsqu'elle sera en choc.

Selon les *Directives cliniques de la SOGC — Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum*, le diagnostic d'hémorragie post-partum demeure une évaluation clinique subjective devant toute perte sanguine qui menace la stabilité hémodynamique d'une femme. Un médecin peut donc inscrire qu'il s'agit d'une hémorragie post-partum même si la perte sanguine ne répond pas aux critères de la norme de codification. Pour cette raison, la norme de codification spécifie que l'hémorragie post-partum est codifiée si le médecin en fait la mention même si les critères ne sont pas respectés⁷.

Attribuez un code de la catégorie O72 *Hémorragie post-partum* lorsqu'au moins un des critères suivants est satisfait :

- la perte de sang est excessive;
 - un accouchement par voie vaginale avec perte de sang > 500 cc/ml au cours du troisième stade du travail, dans le post-partum immédiat ou après les 24 premières heures suivant l'accouchement;
 - une césarienne avec perte de sang > 1 000 cc/ml;
- la documentation indique une atonie utérine après l'accouchement, peu importe la quantité consignée de sang perdu;
- le médecin indique une hémorragie post-partum, peu importe les mesures prises et la quantité consignée de sang perdu.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Hémorragie du post-partum

O72 Hémorragie post-partum

Comprend : hémorragie après expulsion du fœtus

	Accouchement, avec mention de complications post-partum	Troubles ou complications post-partum	Épisode de soins non précisé ou sans objet
O72 Hémorragie post-partum O72.0 Hémorragie de la délivrance (troisième stade) Comprend : Hémorragie associée à la rétention, l'incarcération ou l'adhérence du placenta Rétention du placenta SAI À codifier aussi : toute adhérence pathologique du placenta (O43.2–)	O72.002	O72.004	O72.009

	Accouchement, avec mention de complications post-partum	Troubles ou complications post-partum	Épisode de soins non précisé ou sans objet
O72 Hémorragie post-partum			
O72.1 Autres hémorragies immédiates du post-partum Comprend : Hémorragie consécutive à la délivrance placentaire Hémorragie du post-partum (atonie utérine) SAI	O72.102	O72.104	O72.109
O72.2 Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire Comprend : Hémorragie associée à la rétention partielle du placenta ou des membranes Rétention de produits de la conception SAI, après l'accouchement	O72.202	O72.204	O72.209
O72.3 Anomalie de la coagulation au cours du post-partum Comprend : Afibrinogénémie du post-partum Coagulation intravasculaire disséminée du postpartum Fibrinolyse du post-partum	O72.302	O72.304	O72.309

9.2 Causes et classification de l'hémorragie post-partum (les quatre T)

« **L'hémorragie post-partum** décrit un évènement plutôt qu'un diagnostic et, si elle survient, son étiologie doit être déterminée »⁸ (traduction libre). L'hémorragie post-partum est classée selon son étiologie (cause) dans la CIM-10-CA.

Il existe quatre causes principales à l'hémorragie post-partum :

- Atonie utérine (tonus)
- Déchirures obstétricales (traumatismes)
- Rétention des tissus placentaires (tissus)
- Anomalies liées à la coagulation (thrombine)⁷

Atonie utérine

La contraction et la rétraction des fibres myométriales agissent sur le saignement post-partum. La constriction des vaisseaux sanguins coupe le débit vers le placenta. On parle d'atonie utérine lorsque le myomètre ne peut se contracter. La cause la plus courante d'hémorragie post-partum est l'atonie utérine (50 %).

Les médecins connaissent les facteurs qui prédisposent les femmes à risque d'atonie utérine. Il s'agit par exemple de l'inertie utérine, la surdistension de l'utérus, l'épuisement à la suite d'un travail prolongé, la multiparité et l'accouchement assisté.

Des interventions telles que l'administration supplémentaire d'ocytocine ou de cytotec, un massage utérin etc. sont entrepris immédiatement pour contrôler le saignement.

Classification de l'hémorragie post-partum causée par l'atonie utérine

L'atonie utérine est classée à O72.1– *Autres hémorragies immédiates du post-partum* indépendamment de la quantité de sang perdu ou de la mention d'une hémorragie, puisque des mesures sont toujours entreprises afin de prévenir les pertes de sang excessives lorsque l'atonie est notée. Le médecin n'attend donc pas que la quantité de sang perdu dépasse 500 cc.

Cette sous-catégorie se trouve dans l'index alphabétique selon cette recherche :

Atonie, atonicité, atonique (de) K59.8

– utérus, utérine

– – après l'accouchement O72.1

Saignement (voir aussi Hémorragie) R58

– **atonique**, après accouchement O72.1

Accouchement, accouchements (mère) (unique) (voir aussi Résultat de l'accouchement)

– compliqué (par)

– – hémorragie (due à)

– – – post-partum NCA (**atonie utérine**) (avec) O72.1

– – – – immédiate O72.1

Déchirures obstétricales

L'épisiotomie et les déchirures susceptibles d'entraîner une hémorragie abondante constituent la deuxième cause principale d'hémorragie post-partum (20 %). Les déchirures peuvent se produire lors de tout accouchement, mais particulièrement lors des accouchements précipités ou assistés. Les déchirures des vaisseaux sanguins forment des hématomes susceptibles de masquer le saignement; l'hémorragie peut demeurer non détectée pendant plusieurs heures. Un saignement rouge et persistant en présence d'un utérus bien contracté indique que le saignement provient d'une déchirure ou de l'épisiotomie.

Classification de l'hémorragie post-partum causée par les déchirures obstétricales

Quoique les traumatismes puissent être à l'origine de la plupart des pertes sanguines dans la période post-partum, une perte sanguine causée par un traumatisme n'est pas classée à la catégorie *O72 Hémorragie post-partum*.



Remarque

L'hémorragie ou la perte de sang excessive au cours d'un accouchement ou immédiatement après un accouchement en raison d'une blessure, y compris des déchirures du périnée, est classée comme une hémorragie intrapartum, puisque la blessure a eu lieu avant l'accouchement ou au cours de celui-ci. L'hémorragie est classée à *O67.8– Autres hémorragies pendant l'accouchement*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI - Hémorragie du post-partum

Une hémorragie ou une perte de sang excessive due à une blessure (y compris les déchirures périnéales) se produisant pendant l'accouchement ou dans la période immédiate suivant la délivrance, est classée comme une hémorragie intrapartum puisque la blessure s'est produite avant ou pendant l'accouchement du nouveau-né. Ceci est classé à *O67.8– Autres hémorragies pendant l'accouchement*.

Cette sous-catégorie se trouve dans l'index alphabétique selon cette recherche :

Hémorragie, hémorragique (après) (de) (due à)
 – compliquant
 – – accouchement (importante) (associée à) O67.9
 – – – due à
 – – – – **traumatisme O67.8**

Lorsque qu'un hématome assez significatif (ou prenant de l'expansion) est noté après l'accouchement ou une hémorragie de la plaie obstétricale se produit dans la période post-partum (c.-à-d. que la plaie ne saignait pas pendant l'accouchement), ceci est classé à O90.2 *Hématome d'une plaie obstétricale*. O90.2– comprend « hémorragie d'une plaie obstétricale ».

Cette sous-catégorie se trouve dans l'index alphabétique selon cette recherche :

Hématome (traumatique) (sans plaie) (de) (voir aussi Contusion) T14.0

– épisiotomie O90.2

– plaie opératoire T81.0

– – obstétricale (césarienne) (épisiotomie) O90.2

– suture de césarienne O90.2

Hémorragie, hémorragique (après) (de) (due à) R58

– post

– – partum NCA (suite à la délivrance) O72.1

– – – plaie obstétricale O90.2

Rétention des tissus placentaires

De 5 à 10 % des cas d'hémorragie post-partum sont attribuables à la rétention des membranes et des tissus placentaires. La rétention du placenta, en partie ou en totalité, empêche l'utérus de se contracter efficacement et cause l'hémorragie post-partum. La rétention des membranes peut se produire dans les cas suivants :

- Placenta accreta — Adhérence anormale du placenta, en partie ou en totalité, à la paroi utérine et absence partielle ou totale de la caduque. Normalement, la membrane déciduale arrive à détacher ses villosités placentaires du myomètre où le fœtus est implanté. Le terme *placenta accreta* signifie que le placenta adhère directement au myomètre sans membrane déciduale.
- Si l'hémorragie post-partum est causée par une adhérence pathologique du placenta, soit un cas de placenta accreta, placenta increta ou placenta percreta, un code de la sous-catégorie O43.2 *Adhérence pathologique du placenta* est attribué en plus de O72.0– *Hémorragie de la délivrance (troisième stade)*.
- Retrait manuel du placenta
- Prise en charge inadéquate du troisième stade — traction ou rétraction incorrecte du cordon

Classification de l'hémorragie causée par la rétention de tissu placentaire

Une hémorragie causée par la rétention de tissu placentaire est classée à O72.0– *Hémorragie de la délivrance (troisième stade)* ou à O72.2– *Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire*. La sélection précise du code dépend de la période durant laquelle se produit l'hémorragie.

La sélection du code de la catégorie O72 Hémorragie post-partum dépend de « l'étiologie » et de la « période » durant laquelle l'hémorragie se produit.

Étiologie	Période	Code
Rétention, incarceration ou adhérence du placenta avec saignement excessif	Pendant le troisième stade du travail	O72.0 – Hémorragie de la délivrance (troisième stade)
	N'importe quand, sauf pendant le troisième stade du travail (peu importe le moment)	O72.2 – Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire
Atonie utérine ou inconnue ou non documentée (c.-à-d. hémorragie post-partum SAI), peu importe la quantité consignée de sang perdu	Pendant les 24 premières heures suivant l'accouchement	O72.1 – Autres hémorragies immédiates du post-partum
	Entre 24 heures et 6 semaines suivant l'accouchement	O72.2 – Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Hémorragie du post-partum

Cette sous-catégorie se trouve dans l'index alphabétique selon cette recherche :

Rétention, retenu

- placenta (avec hémorragie) (total) O72.0
- – portions ou fragments (avec hémorragie) O72.2

Placenta, placentaire, (voir aussi au nom de l'état pathologique)

- rétention (avec hémorragie postpartum) O72.0
- – fragments, compliquant la puerpéralité (hémorragie retardée) O72.2

Anomalies de la coagulation

Les coagulopathies acquises peuvent être liées à certaines complications obstétricales, notamment les suivantes :

- Hématome rétro-placentaire
- Excès de thromboplastine à la suite de la rétention d'un fœtus mort
- Embolie de liquide amniotique
- Prééclampsie sévère
- Sepsie

Les anomalies liées à la coagulation peuvent entraîner une :

- Thrombocytopénie
- Coagulation intravasculaire disséminée

Classification de l'hémorragie causée par les anomalies de la coagulation

Les anomalies de la coagulation peuvent provoquer une hémorragie dans la période antépartum, intrapartum ou post-partum. Assurez-vous de sélectionner le code approprié de la CIM-10-CA, faisant référence à la période post-partum, pour toute hémorragie associée du post-partum. L'hémorragie post-partum causée par les anomalies de la coagulation est classée à *O72.3– Anomalie de la coagulation au cours du post-partum*.

Cette sous-catégorie se trouve dans l'index alphabétique selon cette recherche :

Anomalie (congénitale) (type non précisé) (de) Q89.9

– coagulation (facteur) (voir aussi Carence, facteur) D68.9

– – **postpartum** O72.3–

Carence, déficience (en)

– facteur (de)

– – coagulation D68.9

– – – puerpérale, **postpartum**, suites de couches O72.3–

Défibrination (syndrome de) D65

– **postpartum** O72.3

Note: Il y a plusieurs autres recherches possibles dans l'index alphabétique pour cette sous-catégorie qui dépendent de la documentation du type précis de trouble de la coagulation associé.

9.3 Typage du diagnostic de l'hémorragie post-partum

L'hémorragie post-partum est une affection significative. Il faut donc toujours lui attribuer un type de diagnostic significatif.

On peut lire dans la directive clinique de la SOGC intitulée *Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum* le passage suivant : « Malgré des progrès marqués en matière de prise en charge de l'hémorragie post-partum précoce (HPP), celle-ci demeure un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle, aussi bien dans les pays en développement que dans les hôpitaux à la fine pointe de la technologie médicale. Cette complication présente au clinicien l'un des plus grands défis auxquels il doit faire face ».

Puisque la grossesse n'est pas une maladie, on ne peut pas appliquer les définitions des types de diagnostics de la même façon qu'aux autres cas.

On attribue habituellement le type de diagnostic (1) aux codes commençant par O (affections obstétricales) qui décrivent une affection significative survenue avant ou pendant l'accouchement au cours de l'épisode de soins de l'accouchement, et le type de diagnostic (2) aux codes commençant par O qui décrivent une affection significative survenue après l'accouchement.

Puisque l'hémorragie post-partum (catégorie O72) se produit *après* l'accouchement, on lui attribue le type (2). Toutefois, si l'hémorragie post-partum est la seule affection obstétricale qui s'applique, on la codifiera alors comme diagnostic principal.

Remarque : si l'hémorragie post-partum satisfait aux critères de diagnostic principal, il n'est pas nécessaire de la codifier à nouveau en tant que diagnostic de type (2). Le sixième caractère « 2 » du code *Accouchement, avec mention de complications post-partum* indique que l'hémorragie s'est produite après l'admission.

9.4 Prévention de l'hémorragie post-partum

La prise en charge active du troisième stade de travail réduit l'incidence liée à l'hémorragie post-partum causée par une atonie utérine.

La prise en charge active comprend les étapes suivantes :

- administration prophylactique d'agents utérotoniques (agents qui stimulent le tonus du muscle utérin);
- traction appliquée et mesurée du cordon;
- massage utérin après la délivrance du placenta⁹.



Mises en garde

- ▶ L'administration d'ocytocine après avoir dégagé l'épaule antérieure du fœtus n'est pas une indication d'hémorragie post-partum. Il ne s'agit que d'un traitement préventif de routine pour réduire les risques d'hémorragie.
- ▶ La mention d'une traction mesurée appliquée sur le cordon n'est pas une indication de rétention placentaire ni de l'extraction manuelle du placenta.
- ▶ Un écoulement soudain de sang par le vagin se produisant avant la délivrance du placenta est une situation normale et ne signifie pas qu'il y a une hémorragie post-partum. C'est un signe que l'expulsion spontanée du placenta est imminente.

9.5 Prise en charge de l'hémorragie post-partum

Étapes du traitement de l'hémorragie post-partum

- détection précoce
- prise en charge rapide de la réanimation
- recherche de la cause
- correction de la cause

5.PC.91.^ Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)

À l'exclusion de :

- Contrôle d'une hémorragie du post-partum par embolisation des vaisseaux pelviens (voir 1.RM.13.^)
- Contrôle d'une hémorragie post-partum par ligature des vaisseaux pelviens (voir 1.KT.51.^)
- Retrait d'un œuf clair (voir 5.CA.89.^)

Note : Codifier toutes les interventions qui s'appliquent.

5.PC.91.GA dilatation et curetage

5.PC.91.GC aspiration et curetage

5.PC.91.GD dilatation et évacuation [D&E]

5.PC.91.HN retrait manuel du placenta de l'utérus (p. ex. manœuvre de Brandt Andrews)

Ne pas utiliser : Lorsque seulement une traction délicate est effectuée sur le placenta par le vagin

5.PC.91.HP correction manuelle de l'utérus inversé

- 5.PC.91.HQ correction chirurgicale de l'utérus inversé
- 5.PC.91.HR exploration manuelle de la cavité utérine
- 5.PC.91.HT paquetage utérin (et vaginal)
Comprend : avec ou sans cerclage cervical (temporaire) pour rétention d'un paquetage Tamponnement (pour contrôle d'hémorragie post-partum)
- 5.PC.91.HU compression et massage bimanuels
Comprend : Contrôle non chirurgical d'une hémorragie du post-partum
- 5.PC.91.HV compression par ballonnet intrautérin
Comprend : Contrôle d'une hémorragie postpartum
- 5.PC.91.LA sutures de l'utérus
Comprend : Suture B-Lynch (pour une hémorragie postpartum)

Retrait manuel du placenta de l'utérus 5.PC.91.HN

Une faible traction sur le cordon pour retirer le placenta ne doit pas être codée. Il s'agit d'une étape normale de la prise en charge du troisième stade du travail.

Il semble que la rétention prolongée du placenta augmente les risques d'infection et d'hémorragie. La pratique courante consiste à retirer manuellement le placenta s'il n'est pas expulsé spontanément dans les 30 minutes à la suite de la naissance du nouveau-né, à moins de saignement abondant.



Mise en garde

Si l'hémorragie est abondante, le placenta est retiré immédiatement.

N'attribuez pas ce code s'il s'agit d'un retrait manuel du placenta au cours de la césarienne.

Question : L'expulsion du placenta a pris 35 minutes. La perte de sang était inférieure à 500 cc. Le médecin n'a pas mentionné la rétention placentaire dans le dossier de la patiente, puisqu'aucune intervention n'a été pratiquée pour expulser le placenta. Doit-on tenir compte de la durée du troisième stade de travail inscrite au dossier et, si cette durée dépasse 30 minutes, attribuer un code de la catégorie *O73 Rétention du placenta et des membranes, sans hémorragie* avec un type de diagnostic significatif après l'admission?

Réponse : Selon les études sur le retrait du placenta, s'il n'est pas expulsé dans les 30 minutes suivant l'accouchement, il faut l'extraire manuellement. Pour déterminer si ce critère s'applique à un cas en particulier, il faudra tenir compte de tous les facteurs. Si la rétention placentaire n'est pas mentionnée dans le dossier, il ne convient pas de sélectionner un code de la catégorie *O73 Rétention du placenta et des membranes, sans hémorragie*.

Exploration manuelle de la cavité utérine 5.PC.91.HR

On pratique une exploration manuelle de la cavité utérine dans les cas suivants :

- l'examen du placenta ne permet pas de savoir s'il est intact ou non;
- suite à un accouchement précipité, l'hypothèse de déchirures de l'utérus doit être éliminée.

L'exploration manuelle se pratique en glissant doucement une main par le col de l'utérus et en stabilisant, de l'autre main, le fond de l'utérus. Ensuite, les doigts balayent toute la surface de l'utérus afin de retirer tout caillot ou fragment du placenta ou des membranes.

Compression et massage bimanuels 5.PC.91.HU

On masse le fond de l'utérus à travers l'abdomen. Dans les cas d'une césarienne, dès que l'accouchement est terminé, l'utérus est massé directement.

Compression bimanuelle — On insère une main dans le vagin contre la paroi antérieure de l'utérus, puis, de l'autre main, on applique une pression sur la partie postérieure de l'utérus en appuyant sur l'abdomen. Ainsi, on masse et comprime l'utérus entre les deux mains. Cette technique stimule deux fois plus l'utérus que le massage abdominal.

Paquetage utérin (et vaginal) 5.PC.91.HT

Il s'agit d'une technique servant à remplir complètement et uniformément l'utérus de pansements. La patiente prend des antibiotiques et conserve le pansement occlusif pendant 24 heures. Il peut être particulièrement utile de se servir du pansement occlusif lorsqu'il est impossible d'avoir recours à une intervention chirurgicale ou lorsque l'état de la patiente est trop instable pour subir une chirurgie.



Mise en garde

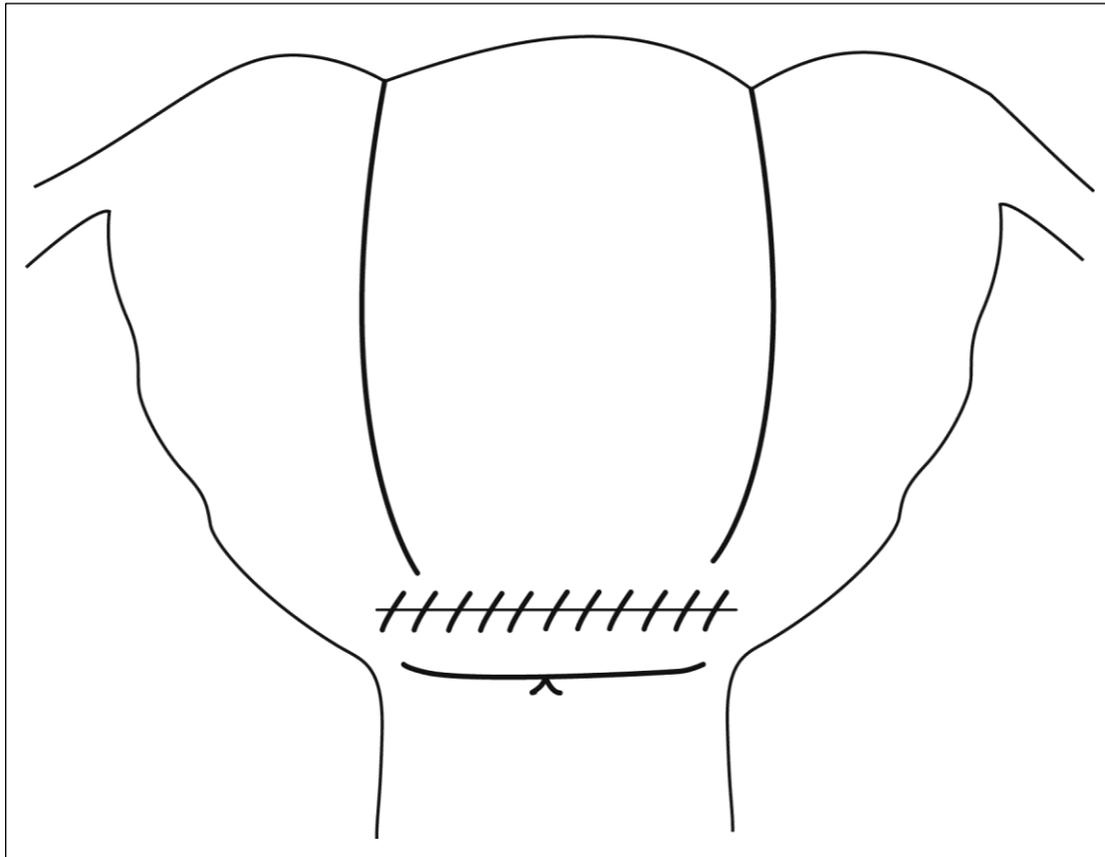
Dans certains cas, un cerclage cervical temporaire peut être utilisé afin de s'assurer que le paquetage demeure en place. Cette procédure supplémentaire est comprise dans le code et n'est pas classée séparément.

Suture de l'utérus 5.PC.91.LA

Au lieu d'avoir recours à la ligature des vaisseaux sanguins ou à l'hystérectomie, on peut se servir de la méthode B-Lynch pour comprimer l'utérus en cas d'hémorragie diffuse à la suite d'atonie ou de precreta.

La méthode B-Lynch consiste à ouvrir le segment inférieur, à passer une suture dans la paroi utérine postérieure puis par-dessus le fond de l'utérus. La suture est nouée à l'avant de l'utérus¹⁰. Il existe une technique semblable sans ouverture de l'utérus. Elle consiste à insérer une longue aiguille droite, antérieurement puis postérieurement, à travers le segment utérin inférieur. La suture est alors passée par-dessus le fond de l'utérus puis nouée à l'avant¹¹. Les deux techniques ont recours à la suture bilatérale. La dernière variante consiste à faire passer plusieurs points de suture à travers les parois et à les nouer à différents endroits à l'avant du corps utérin. Cette méthode peut être utilisée sur une partie du lit placentaire en cas de placentation anormale. Toutes ces interventions sont des formes efficaces de tamponnade et compriment les parois antérieure et postérieure de l'utérus⁹.

Suture de compression B-Lynch



- 1.RM.13.GQ-C2 approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation d'un agent antihémorragique
Comprend : acide aminocaproïque, aprotinine, phytonadione, thrombine, facteur VIII de la coagulation
- 1.RM.13.GQ-GE approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation de spirales [détachables]
- 1.RM.13.GQ-W0 approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation d'un agent synthétique [p. ex., éponge de gélatine, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique, particules de contour]

Ligature artérielle utérine 1.KT.51.^ Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière

Au cours de la grossesse, 90 % de l'apport sanguin à l'utérus passe par les artères utérines. Puisque ces vaisseaux sont facilement accessibles, il est possible de les ligaturer de façon directe et ainsi de maîtriser l'hémorragie avec succès dans 75 % à 90 % des cas.

Ligature de l'artère iliaque interne 1.KT.51.^ Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière

La ligature bilatérale de l'artère iliaque interne est une méthode chirurgicale dont on se sert le plus souvent pour maîtriser l'hémorragie post-partum grave. L'exposition peut être difficile et les taux d'échec peuvent atteindre 57 %, selon les habiletés du chirurgien, la cause de l'hémorragie et l'état de la patiente avant que la ligature ne soit tentée.

1.KT.51.^ Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière

Comprend : Ligature de vaisseaux pelviens (suite à hémorragie postpartum)

À l'exclusion de :

- Cerclage, hémorroïdes externes (voir 1.NT.87.^)
- Cerclage, hémorroïdes internes (voir 1.NQ.87.^)
- Contrôle d'une hémorragie à l'intérieur d'un organe (voir organe spécifique)
- Embolisation pour contrôler l'hémorragie, utérus (voir 1.RM.13.^)
- Embolisation pour contrôler l'hémorragie, vagin (voir 1.RS.13.^)
- Embolisation pour contrôler l'hémorragie, vessie (voir 1.PM.13.^)
- Embolisation pour rétrécir les fibromes utérins (voir 1.RM.13.^)

1.KT.51.^ Oclclusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière	approche ouverte [p. ex., veinotomie]	approche transluminale percutanée	approche endoscopique [laparoscopie]
par suture directe	1.KT.51.LA	1.KT.51.GQ	1.KT.51.DA
utilisation de colle de fibrine	1.KT.51.LA-W3	1.KT.51.GQ-W3	—
utilisation d'un agent antihémorragique	—	1.KT.51.GQ-C2 ++	—
utilisation d'une spirale (détachable)	—	1.KT.51.GQ-GE	—
utilisation d'un agent synthétique [p. ex. éponge de gélatine, silicone, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique, particules de contour]	—	1.KT.51.GQ-W0	—
utilisation d'un tampon vasculaire [maille de nitinol]	—	1.KT.51.GQ-GF	—
utilisation d'agrafe	1.KT.51.LA-FF	—	1.KT.51.DA-FF



Conseil

Le contrôle de l'hémorragie post-partum par **embolisation** des vaisseaux du bassin se codifie sous 1.RM.13. ^^ *Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes.*

Le contrôle de l'hémorragie post-partum par **ligature** des vaisseaux du bassin se codifie sous 1.KT.51.^ *Oclclusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière.*

Toutes les autres méthodes se codifient sous 5.PC.91.^ *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement).*

Hystérectomie 1.RM.87.^ ou 1.RM.89.^

Si les autres méthodes échouent et que l'hémorragie se poursuit, il faut pratiquer une hystérectomie. Si cette intervention est réalisée en même temps que la césarienne, celle-ci est classée à *césarienne hystérectomie* à la rubrique 5.MD.60.^ *Accouchement par césarienne.*

9.6 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

- 9.6.1** Le dossier de travail et d'accouchement lors d'un accouchement spontané par voie vaginale révèle une perte de sang de 400 cc. Le médecin a consigné une hémorragie post-partum dans le résumé à la sortie. Est-ce qu'un code de la CIM-10-CA doit être attribué dans ce cas?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

- 9.6.2** Suite à un accouchement spontané par voie vaginale, naissance unique et sans complication, la patiente a perdu 600 cc de sang et le médecin a consigné une hémorragie post-partum causée par une atonie utérine. *O72.102 Autres hémorragies immédiates du post-partum, accouchement, avec mention de complications post-partum* est attribué comme diagnostic principal. Doit-on inscrire de nouveau l'hémorragie post-partum à titre de diagnostic de type (2)? Pourquoi ou pourquoi pas?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

9.7 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a passé en revue la définition de l'hémorragie post-partum et expliqué les quatre causes ainsi que la prévention et le traitement de cette affection. Le typage du diagnostic de l'hémorragie post-partum a aussi été abordé. Voici certains points saillants :

- l'hémorragie post-partum se codifie lorsque la perte de sang > 500 cc/ml pendant un accouchement par voie vaginale, si elle est > 1 000 cc/ml pendant une césarienne ou lorsque le médecin le précise même si la perte de sang estimée est inférieure aux critères établis;

- les quatre causes principales d'hémorragie post-partum sont l'atonie utérine (tonus), les déchirures obstétricales (traumatismes), la rétention des tissus placentaires (tissus) et les anomalies liées à la coagulation (thrombine) — les quatre T;
- une perte de sang ou une hémorragie au cours de la grossesse est classée selon la période durant laquelle elle se produit (antepartum, intrapartum, post-partum) et selon sa cause (tonus, traumatisme, tissu, thrombine);
- l'hémorragie post-partum est toujours considérée comme un diagnostic significatif;
- l'administration d'ocytocine à la suite du dégagement de l'épaule antérieure constitue un traitement préventif de routine et n'indique pas une hémorragie post-partum en soi;
- le contrôle de l'hémorragie post-partum par embolisation des vaisseaux du bassin se codifie sous 1.RM.13.^ *Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes*;
- le contrôle de l'hémorragie post-partum par ligature des vaisseaux du bassin se codifie sous 1.KT.51.^ *Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière*;
- toutes les autres méthodes se codifient sous 5.PC.91.^ *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)*.

9.8 Étude de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Après avoir lu l'étude de cas, déterminez les diagnostics et les interventions à codifier. Inscrivez également les types de diagnostics appropriés et indiquez l'intervention principale.

9.8.1 Étude de cas

Diagnostic : Hémorragie post-partum d'environ deux litres

Diagnostic postopératoire : Hémorragie post-partum
Atonie utérine
Déchirures labiales et vaginales — saignement actif

Interventions : Exploration manuelle de l'utérus
Prise en charge de l'atonie utérine
Suture des déchirures labiales et vaginales

Une femme de 26 ans (gravida 2, para 1) est emmenée de son domicile à l'hôpital après avoir accouché par voie vaginale environ quatre heures auparavant. Sa grossesse, son travail et son accouchement se sont déroulés sans complication. Environ quatre heures après l'accouchement, la patiente ne se sentait pas bien et elle a commencé à saigner abondamment par le vagin. Elle a donc été transportée à l'hôpital. On a décidé de l'examiner sous anesthésie générale.

Résultats : Utérus légèrement volumineux qui se contracte bien sous massage manuel. Apparemment, la patiente avait perdu environ 1 litre de sang avant son arrivée à l'hôpital et, à l'examen initial, 500 ml supplémentaires ont été immédiatement expulsés. Lors de l'exploration manuelle de l'utérus, il y avait une toute petite quantité de tissus placentaires et décidaux. Aucun signe de rupture utérine et on pouvait bien sentir la cicatrice. Cependant, il y avait une lacération au niveau de la paroi vaginale droite et à la lèvre gauche qui saignaient abondamment.

La patiente a été conduite en salle d'opération où elle a subi une anesthésie générale. Elle a bien répondu à l'anesthésie. La patiente a ensuite été examinée et une quantité supplémentaire de 400 à 500 cc de sang a été extraite par le vagin. Une exploration de l'utérus n'a pas démontré une quantité significative de résidus de tissus placentaires et décidaux.

Le col de l'utérus a été examiné attentivement et n'a pas démontré de saignement ou de lacération. Tout en palpant vers la sortie, on a remarqué une déchirure au deuxième degré avec saignement dans la muqueuse de la paroi vaginale. La déchirure de la lèvre gauche saignait aussi abondamment.

La déchirure de la lèvre gauche a été réparée à l'aide d'un surjet en vicryl 2-0. Cette intervention a permis de maîtriser efficacement l'hémorragie. La déchirure au deuxième degré a alors été réparée avec une suture habituelle et du fil en vicryl 2-0. Il y avait également une déchirure de la lèvre sur le côté droit, mais celle-ci ne saignait pas. Cette lésion a tout de même été suturée à l'aide d'un fil chromé 3-0 avec lequel environ quatre points entrecoupés ont été effectués. Une seconde exploration de la paroi supérieure vaginale a permis de constater qu'il y avait toujours un écoulement sanguin provenant de la déchirure au deuxième degré. Une suture de figure en huit avec un fil en vicryl 2-0 a été placée afin de créer une bonne hémostase.

La patiente a aussi reçu deux doses de 40 unités d'ocytocine dans un soluté d'un litre de lactate de Ringer ainsi qu'une dose de 250 ug d'hemabate en IM.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

Chapitre 10 : Détresse fœtale

Aperçu du chapitre

Dans le présent chapitre, nous allons aborder les indications de la détresse fœtale. Nous passerons en revue les critères de la SOGC qui permettent de confirmer un diagnostic d'asphyxie (abrégi de la mère) et d'acidémie (abrégi du nouveau-né). Nous allons étudier les normes de codification pertinentes ainsi que les codes appropriés de la CIM-10-CA et de la CCI, puis nous mettrons ces notions en commun avec les renseignements présentés dans les dossiers des patientes en nous penchant sur deux études de cas concernant et la mère et le bébé.

Le présent chapitre est composé des cinq sections suivantes :

- Section 10.1 : Émission de méconium en présentation céphalique
- Section 10.2 : Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale (FCF)
- Section 10.3 : Classification de la détresse fœtale — Abrégi de la mère
- Section 10.4 : Acidémie fœtale
- Section 10.5 : Classification de l'acidémie — Nouveau-né

Vous trouverez une série d'exercices pratiques et deux études de cas à la fin du chapitre pour tester votre compréhension. Les réponses aux questions se trouvent à l'annexe A.

10.1 Émission de méconium en présentation céphalique

Si le fœtus est en présentation céphalique, l'émission de méconium ou de présence de méconium dans le liquide amniotique pendant l'accouchement, peut être un signe de détresse fœtale. On estime que l'hypoxie fœtale augmente le péristaltisme intestinal et cause le relâchement du sphincter anal du fœtus. L'émission de méconium signale qu'il faut être vigilant et surveiller attentivement le cœur du fœtus. Si la fréquence ou le rythme cardiaque fœtal se modifie considérablement, il peut être nécessaire d'extraire le fœtus immédiatement¹.

Dans les cas de présentation par le siège, les contractions utérines exercent une pression sur les intestins du fœtus, ce qui provoque l'émission de méconium. Il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un signe de détresse, à moins que cela se produise assez tôt au cours du travail.

10.2 Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale (FCF)¹²

Habituellement, pendant les contractions, le rythme cardiaque fœtal ralentit et revient à son rythme normal dès la fin des contractions. On surveille la fréquence cardiaque au cours du travail pour repérer les fluctuations, la baisse soudaine du rythme cardiaque à la fin d'une contraction par exemple (décélération tardive), car de tels changements constituent un risque important pour la vie du fœtus et nécessite un accouchement immédiat d'urgence afin de libérer le bébé.

Fréquence cardiaque fœtale rassurante

La fréquence cardiaque fœtale de référence se situe entre 110 et 160 battements par minute (bpm). La FCF de référence se définit par le rythme cardiaque fœtal moyen, valeur arrondie à cinq battements près par minute, sur une période de 10 minutes.

Accélération — Élévations périodiques de la FCF. Il s'agit d'une réaction normale de la fréquence cardiaque à la suite d'une hausse de l'activité fœtale. Les accélérations sont rassurantes et confirment presque toujours que le fœtus n'est pas en état d'hypoxie.

Fréquence cardiaque fœtale non rassurante

Fréquence cardiaque de référence anormale

- **Tachycardie** — FCF de référence > 160 battements par minute — peut découler d'hypoxie fœtale, d'anémie fœtale, d'insuffisance cardiaque fœtale, de la prématurité, de fièvre de la mère, d'anxiété de la mère, de chorio-amnionite ou de l'administration de médicaments pendant le travail.
- **Bradycardie** — FCF de référence < 110 battements par minute — peut découler d'asphyxie fœtale, d'arythmie ou de l'administration de médicaments pendant le travail.

Décélérations

- **Décélération variable et caractéristique atypique** — ralentissement persistant jusqu'à moins de 70 bpm pendant plus de 60 secondes; associé à un retour prolongé au rythme de référence.
- **Décélération tardive** — baisse graduelle de la FCF qui se produit au moment le plus fort de la contraction utérine ou juste après celui-ci. Lorsque le ralentissement est occasionnel, la décélération tardive peut être normale. Lorsque celle-ci persiste et se répète, il faut absolument réagir. Les décélérations tardives constantes sont un signe très alarmant et sont liées à des taux élevés de morbidité.



Remarque

La décélération précoce (baisse graduelle de la FCF qui se produit dès le début d'une contraction) et les décélération variables (série transitoire de ralentissements de la fréquence cardiaque dont la durée, l'intensité et la relation avec les contractions utérines varient) sans caractéristique atypique forment des réponses normales aux contractions.

Les tendances non rassurantes de la fréquence cardiaque relevées pendant le travail et l'accouchement se codifient à la catégorie O68 *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale*.



Remarque importante

Les renseignements présentés ci-dessus font partie des directives cliniques de la SOGC (*Fetal Surveillance in Labour*) et sont fournis à titre de matériel supplémentaire dans le cadre de formations afin que les codificateurs puissent mieux comprendre la terminologie utilisée dans les dossiers. Ces renseignements ne permettent pas aux codificateurs d'interpréter les tracés de monitoring fœtal externe.

10.3 Classification de la détresse fœtale — Abrégé de la mère

L'asphyxie fœtale fait référence aux changements pathologiques causés par un manque d'oxygène du fœtus in utero. Les codes de la catégorie O68 *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale* permettent de signaler la présence de **risques pour le fœtus de souffrir d'asphyxie**. Les interventions lors de l'accouchement peuvent trouver leur sens dans la présence de ces indicateurs. Heureusement, malgré les préoccupations précédant l'accouchement, les patientes donnent le plus souvent naissance à un enfant complètement normal.

O68

Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale

Comprend : détresse fœtale au cours du travail ou de l'accouchement, due à l'administration de médicaments

O68 Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	Accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	Troubles ou complications antepartum	Épisode de soins non précisé ou sans objet
<p>O68.0 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus</p> <p>Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie fœtale • Irrégularité de la fréquence cardiaque fœtale • Tachycardie fœtale • Fréquence cardiaque du fœtus non rassurante <p>À l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présence de méconium dans le liquide amniotique (O68.2) 	O68.001	O68.003	O68.009
<p>O68.1 Travail et accouchement compliqués par la présence de méconium dans le liquide amniotique</p> <p>À l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus (O68.2) 	O68.101	O68.103	O68.109
<p>O68.2 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique</p>	O68.201	O68.203	O68.209
<p>O68.3 Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine</p> <p>Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalie de l'acidémie fœtale • Anomalie de l'équilibre acido-basique fœtal 	O68.301	O68.303	O68.309



Remarque

Lorsque des signes d'asphyxie fœtale (détresse fœtale) sont présents avant le début du travail, attribuez un code de la sous-catégorie O36.3– *Soins maternels pour signes de mort apparente du fœtus*.

La présence de méconium pendant l'accouchement est anormale et peut signifier que le fœtus subit un stress quelconque. Il se peut que le bébé soit tout à fait normal et en santé. La présence de méconium crée un risque d'aspiration méconiale qui peut dégénérer en asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, infections et pneumonie chez le fœtus. Le méconium indique qu'il faut faire preuve de vigilance et surveiller attentivement le fœtus; ce peut être un signe de précipitation de l'accouchement. S'il y a mention de méconium pendant l'accouchement (intrapartum), attribuez O68.1– *Travail et accouchement compliqués par la présence de méconium dans le liquide amniotique*. S'il y a documentation de l'émission de méconium par le bébé au moment de l'accouchement, ne pas attribuer O68.1–.



Remarque

Dans le cas d'une présentation par le siège, il est normal qu'il y ait passage de méconium, car l'abdomen du fœtus est comprimé par les parois vaginales lors de son engagement dans le canal génital. Il ne s'agit pas d'un signe de détresse, à moins que cela ne se produise au tout début du travail. Il n'est pas nécessaire de codifier la perte de méconium lors d'un accouchement par le siège.



Mises en garde

- ▶ Les codes des sous-catégories O68.0– à O68.2– peuvent être attribués sur l'abrégé de la mère même si le fœtus ne montre pas **de signes apparents** d'asphyxie ou d'acidémie à la naissance.
- ▶ Attribution de O68.3 – *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine*; ce code ne doit pas être attribué **sans des résultats de laboratoire** confirmant que l'acidémie est (était) présente. L'attribution de ce code est déterminée par la documentation des résultats de laboratoire qui répondent aux critères de la SOGC pour l'acidémie fœtale.

Les valeurs confirmant l'acidémie fœtale établies par la SOGC sont les suivantes :

- pH artériel du cordon ombilical $\leq 7,0$ et/ou
- déficit basal artériel du cordon ombilical ≥ 12 mmol/L



Remarque

La SOGC recommande une gazométrie sanguine du cordon ombilical de routine à la naissance.

Lorsqu'un diagnostic d'acidémie fœtale ou d'asphyxie fœtale a été confirmé par la documentation d'un équilibre acido-basique anormal (valeur du pH pour l'acidémie fœtale indiquée à la catégorie P20.– *Acidémie fœtale*), attribuez O68.3– *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale.

L'attribution d'un code dans l'abrégié de la mère indiquant des « signes » ou « preuves » d'acidémie fœtale ne signifie pas que le fœtus a subi des dommages à long terme. Ces codes indiquent seulement qu'il y avait des signes de détresse ou d'acidémie fœtale (et potentiellement, d'asphyxie) selon les résultats de laboratoire; la gravité et la durée de l'effet de l'asphyxie sont inconnues.

10.4 Acidémie fœtale

Pendant le travail, les contractions utérines réduisent la circulation sanguine du placenta et compriment le cordon ombilical. Il y a une diminution d'oxygène et une accumulation de dioxyde de carbone dans le sang, pour lequel un fœtus normal parvient à compenser aisément. Cependant, si l'apport en oxygène ou en sang chute sous des niveaux critiques, le fœtus sera incapable de combler ses lacunes. L'acide lactique s'accumulera et l'acidémie hypoxique s'ensuivra. Ce trouble peut, selon sa durée et sa gravité, causer des dommages cérébraux entraînant des séquelles neurologiques, des atteintes à d'autres organes ou même le décès du fœtus pendant ou après l'accouchement.

Chez le nouveau-né normal, deux événements se produisent presque simultanément au moment de l'accouchement :

- la circulation ombilicale dans le placenta s'arrête;
- les poumons se gonflent.

Ces événements permettent de réaliser rapidement une circulation de type *adulte*. La survie du nouveau-né dépend d'abord d'une expansion immédiate des poumons et du commencement de la ventilation efficace.

10.5 Classification de l'acidémie — Nouveau-né

P20 Acidémie fœtale

Note : Utilisez cette catégorie seulement lorsque la valeur documentée du pH du sang artériel est $\leq 7,00$ et/ou le déficit basal artériel est ≥ 12 mmol/L

Comprend : acidose fœtale
acidose intra-utérine

Utilisez un code supplémentaire pour identifier toutes manifestations associées comme l'encéphalopathie ischémique hypoxique du nouveau-né (P91.6)

À l'exclusion de : diagnostic d'asphyxie sans valeurs sanguines justifiées (P96.9)
hémorragie intracrânienne due à une anoxie ou une hypoxie (P52.—)

P20.0 Acidémie fœtale avant l'accouchement, constatée pour la première fois avant le commencement du travail

Cordocentèse avec pH du sang artériel ≤ 7.00 et/ou déficit basal artériel ≥ 12 mmol/L

P20.1 Acidémie fœtale constatée pour la première fois au cours du travail et de l'accouchement

pH du sang artériel du cuir chevelu ≤ 7.00 et/ou déficit basal ≥ 12 mmol/L

P20.2 Acidémie fœtale constatée pour la première fois à la naissance

pH du sang artériel du cordon ombilical ≤ 7.00 et/ou déficit basal artériel ≥ 12 mmol/L

P20.9 Acidémie fœtale, période du constat non précisée

Un pH artériel inférieur ou égal à 7 et/ou un déficit basal artériel supérieur ou égal à 12 mmol/L indiquent la présence d'une acidémie fœtale.

Lorsqu'un pH artériel et/ou un déficit basal artériel indiquant la présence d'une acidémie fœtale (acidose) sont documentés au dossier, attribuez un code de la catégorie P20.– *Acidémie fœtale*.

Lorsqu'un diagnostic documenté d'asphyxie fœtale est confirmé par la valeur du pH et/ou du déficit basal artériel, attribuez un code de la catégorie P20.– *Acidémie fœtale*.

Lorsqu'il y a documentation de troubles néonataux indiquant la présence d'un préjudice au nouveau-né (comme une encéphalopathie ischémique hypoxique et/ou une insuffisance organique), la priorité de séquençage est accordée à l'affection avant le code pour l'acidémie.

Lorsqu'un diagnostic d'asphyxie fœtale documenté n'est pas confirmé par la valeur du pH et/ou du déficit basal artériel, attribuez P96.9 *Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précision*.

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — Acidémie fœtale



Remarques importantes

- ▶ Lorsque les critères de la SOGC ne sont pas satisfaits, un code de la catégorie P20.– n'est pas attribué. Ces codes sont attribués seulement lorsque ces valeurs (pH artériel ≤ 7 et/ou un déficit basal artériel ≥ 12 mmol/L) sont documentés au dossier.
- ▶ Dans de nombreux cas, le médecin peut ne pas documenter un diagnostic « d'acidémie » ou « d'acidose », mais enregistrera plutôt les résultats de laboratoire anormaux. Ces valeurs ont plus de signification « clinique » que la terminologie actuelle en tant que telle. Lorsque ces valeurs sont présentes, attribuez un code de la catégorie P20.– *Acidémie fœtale*.

P20 Acidémie fœtale

L'acidémie fœtale n'est pas un diagnostic en soi; son indication dénote seulement des valeurs de pH particulières. Lorsqu'un fœtus ou un nouveau-né a un pH artériel ≤ 7.0 et/ou un déficit basal artériel ≥ 12 mol/L, ces valeurs sont utilisées pour définir l'acidémie fœtale aux fins de classification.

Les codes comprennent des détails qui décrivent le moment où l'on constate pour la première fois l'acidémie, par exemple :

- avant le commencement du travail (diagnostic définitif établi suite à la gazométrie sanguine du cordon ombilical obtenue par cordocentèse ou pendant la césarienne avant le commencement du travail);
- au cours du travail et de l'accouchement (diagnostic définitif établi suite à la gazométrie sanguine obtenue au moyen d'un prélèvement du cuir chevelu fœtal pendant le travail)

- au moment de la naissance (diagnostic définitif établi suite à la gazométrie sanguine obtenue au moyen de l'échantillonnage sanguin du cordon à l'accouchement);
- la période du constat initial n'est pas précisée.

Même si ces nouveaux-nés présentent un indice d'Apgar de 0 à 5 à la cinquième minute, la preuve clinique d'acidémie doit être documentée, soit un pH artériel $\leq 7,0$.

Parmi les causes susceptibles de provoquer une diminution d'oxygène avant ou pendant le processus de la naissance, on trouve :

- un taux d'oxygène anormal dans le sang de la mère;
- une hypotension artérielle chez la mère;
- la relaxation inadéquate de l'utérus pendant le travail ayant pour effet d'empêcher la circulation de l'oxygène vers le placenta;
- le décollement du placenta ou le placenta prævia;
- la compression du cordon ombilical;
- la faible activité placentaire à la suite d'une grossesse prolongée ou d'affections maternelles (p. ex. l'hypertension).

Parmi les autres facteurs susceptibles de provoquer une diminution d'oxygène, on compte :

- l'anémie sévère entravant le transport de l'oxygène dans le sang;
- hypotension ou état de choc;
- problèmes respiratoires qui limitent l'apport en oxygène;
- les maladies cardiaques ou pulmonaires;
- la sepsie;
- la prématurité.

Tous les fœtus ou nouveau-né qui présentent des valeurs de pH indiquant une acidémie fœtale ne souffriront pas de troubles néonataux (p. ex. une asphyxie menant à des dommages neurologiques). Les troubles néonataux consécutifs dépendent de la nature et de la durée de l'effet et de la vulnérabilité du nourrisson. La plupart des nourrissons à terme relativement en bonne santé qui présente une hypoxie de courte durée parviennent à compenser et se rétablissent complètement.



Remarque importante

Lorsque la documentation indique une preuve d'acidémie fœtale et des résultats indiquant la présence d'un préjudice au nouveau-né, comme une encéphalopathie ischémique hypoxique, et/ou une insuffisance organique, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire pour identifier les manifestations associées, conformément à la directive sur *l'utilisation d'un code supplémentaire* de la catégorie P20.– *Acidémie fœtale.*

10.6 Exercices pratiques

Les exercices suivants montrent comment mettre en pratique l'information présentée dans ce chapitre. Comparez vos réponses avec celles qui se trouvent à l'annexe A — Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques.

- 10.6.1** L'indice d'Apgar du bébé est de 3 à la cinquième minute. À la lumière de ce seul renseignement, devez-vous attribuer un code de la CIM-10-CA pour une évidence d'asphyxie fœtale (O68.3–) dans l'abrégé de la mère?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

- 10.6.2** Pendant le deuxième stade du travail, le tracé de monitoring fœtal montre des décélérations tardives du rythme cardiaque fœtal. On procède immédiatement à l'accouchement par forceps. On constate la présence de méconium dans le liquide amniotique. Quel code de la CIM-10-CA utiliseriez-vous pour rendre compte des décélérations tardives dans le dossier de la mère?

Inscrivez votre réponse dans l'espace ci-dessous :

10.7 Résumé du chapitre

Le présent chapitre a couvert les signes de détresse fœtale et les critères de la SOGC pour justifier un diagnostic d'acidémie. Voici certains points saillants :

- la présence de méconium pendant l'accouchement (intrapartum) doit toujours être déclarée dans l'abrégé;
- les anomalies liées au rythme cardiaque fœtal inquiétant constituent un signe de détresse fœtale;
- les signes de détresse fœtale constatés avant le commencement du travail se codifient sous O36.3– *Soins maternels pour signes de mort apparente du fœtus*;
- les signes de détresse fœtale constatés pendant le travail et l'accouchement se codifient sous O68.– *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale*;
- l'attribution d'un code de la CIM-10-CA pour l'acidémie fœtale doit s'appuyer sur une analyse des gaz sanguins du cordon ombilical;

10.8 Études de cas

Vous avez maintenant l'occasion d'appliquer les notions du présent chapitre aux renseignements contenus dans les dossiers des patientes. Veuillez lire chaque étude de cas. Nous nous concentrerons, pour ces études de cas, sur le choix des codes appropriés de détresse fœtale et d'acidémie à inscrire dans les abrégés de la mère et du bébé.

10.8.1 Étude de cas n° 1

Diagnostic définitif : Restriction de croissance intra-utérine
Asphyxie périnatale

La patiente est une petite fille née après 37 semaines et 6 jours de grossesse. En raison d'un RCIU et d'hypertension pendant la grossesse, le travail a été déclenché. Le travail a rapidement progressé, mais on a remarqué des décélérations tardives à 80 battements par minute qui ont duré deux minutes. Le bébé est né avec un circulaire serré (1 tour). À la naissance, elle ne présentait aucun mouvement respiratoire et son rythme cardiaque était inférieur à 100. Elle a eu besoin d'une assistance respiratoire à pression positive pendant

30 secondes. Son Apgar était de 3 à la première minute et de 8 à la cinquième. L'UNSI est arrivée quatre minutes après la naissance. L'analyse des gaz sanguins du cordon a démontré un pH artériel de 6,91 et un pH veineux de 6,97. Elle pesait 2 360 g.

Le bébé est hospitalisé à l'UNSI en raison d'un RCIU et d'asphyxie.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

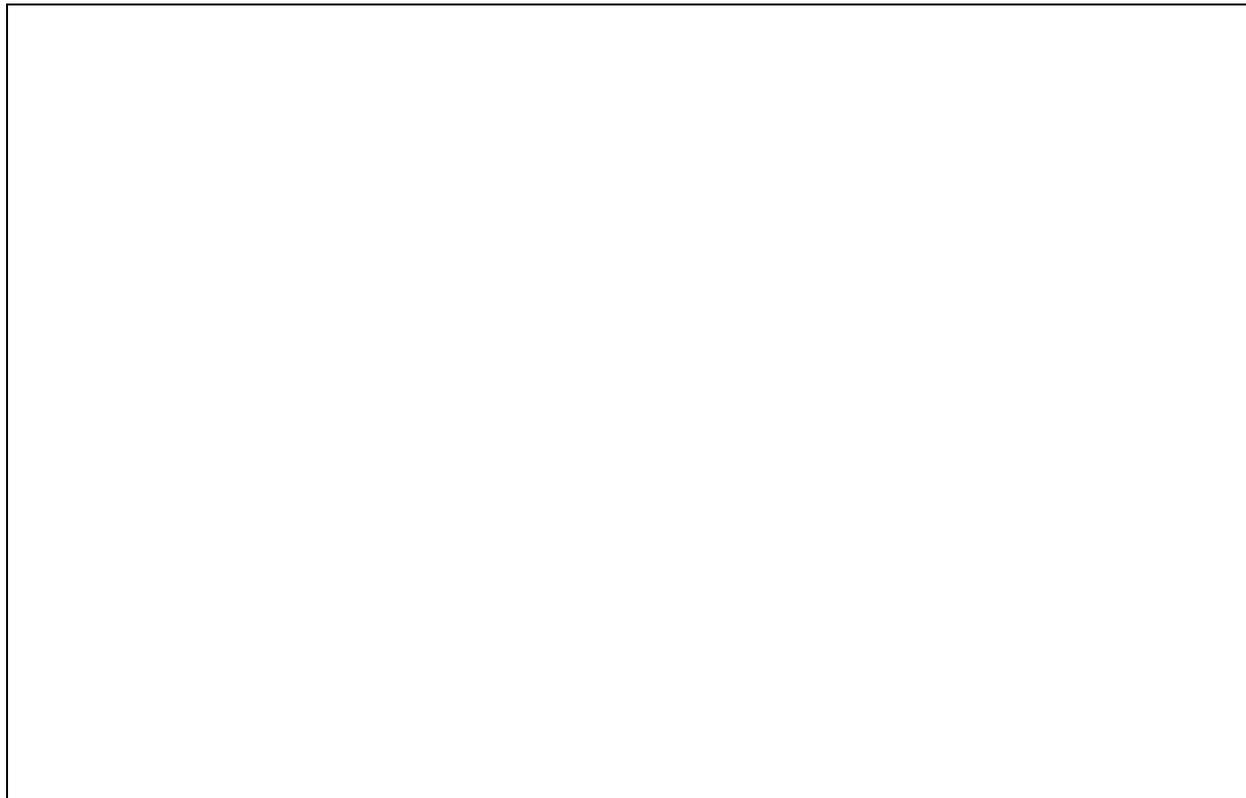
10.8.2 Étude de cas no 2

Diagnostic définitif : Petite fille née après 39 semaines de grossesse et pesant 3 100 grammes
Encéphalopathie ischémique-hypoxique grave

Le jour avant la naissance, on a remarqué une diminution des mouvements fœtaux. Au cabinet du médecin, le rythme cardiaque semblait inquiétant et une césarienne a été pratiquée.

À la naissance, le bébé n'avait pas de pouls ni de mouvement respiratoire. On a pratiqué une brève intervention à l'aide d'un respirateur à pression positive et on a rapidement intubé le bébé. À la septième minute, le rythme cardiaque était supérieur à 100. L'Apgar était de 0 à la première minute, 0 à la cinquième minute, 3 à la dixième minute et 5 à la vingtième minute. Le pH artériel sanguin du cordon était de 6,86 et le pH veineux de 7,04. Le bébé a été transféré à l'UNSI. Une échographie de la tête a révélé des résultats compatibles avec une encéphalopathie ischémique-hypoxique, et un électroencéphalogramme a montré des convulsions électrographiques continues à de multiples endroits.

Inscrivez vos remarques dans l'espace ci-dessous :

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their remarks. The box is currently blank.

Annexes

Annexe A : Réponses aux études de cas et aux exercices pratiques

Introduction

Cette annexe présente les réponses aux exercices pratiques et aux études de cas. Toutes les mesures raisonnables ont été prises pour assurer la justesse des réponses.

Objectifs

Les principaux objectifs de l'annexe sont les suivants :

- fournir des réponses précises aux études de cas présentées;
- justifier, s'il y a lieu, le choix des codes.

Chapitre 2 : Faux travail et travail avant terme

2.6.1 Exercice pratique

Le code est O47.003 *Faux travail avant 37 semaines entières de gestation, avec troubles ou complications antepartum*. Le bétaméthasone ne sert pas à inhiber le travail. Il a pour fonction d'accélérer le développement pulmonaire fœtal dans le cas où la mère devrait accoucher avant terme. Puisque le col n'a pas subi de changements notables, il s'agit d'un faux travail.

2.6.2 Exercice pratique

Les contractions de Braxton-Hicks se classent sous faux travail. Dans ce cas, le code est O47.103 *Faux travail à ou après la 37^e semaine entière de gestation, avec troubles ou complications antepartum*.

2.6.3 Exercices pratique

Le travail de la patiente est en phase de latence; il ne faut donc pas le codifier comme un faux travail. Cette phase constitue la première phase du vrai travail. Dans ce cas, le code est Z34.0 *Surveillance d'une première grossesse normale*.

2.8.1 Étude de cas

- O60.101 (M) *Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*
- 5.MD.50.AA *Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie*
- 5.AC.20.HA-J2 *Pharmacothérapie antepartum (maternelle et fœtale), approche percutanée, corticostéroïdes (facultatif)*

Justification : Les corticostéroïdes sont administrés pour favoriser la maturité pulmonaire fœtale et non pour inhiber le travail. La rubrique 5.AC.20 comprend la pharmacothérapie administrée à la mère et susceptible d'avoir des effets directs sur le fœtus, soit à des fins préventives ou thérapeutiques.

Chapitre 3 : Rupture prématurée des membranes

3.6.1 Exercice pratique

- O42.903 *Rupture prématurée des membranes, sans précision, troubles ou complications antepartum*

Justification : À ce stade, le travail n'a pas commencé. O42.9– comprend « Rupture prématurée des membranes, sans début de travail ».

3.6.2 Exercice pratique

- O42.203 *Rupture prématurée des membranes, travail retardé par traitement, troubles ou complications antepartum*

Justification : Le travail a pu être retardé, et la patiente a obtenu son congé pour retourner à son domicile sans avoir accouché. La prise en charge conservatrice de la rupture prématurée des membranes peut comprendre le simple alitement avec surveillance de la température et de la numération des globules blancs. L'objectif de la prise en charge conservatrice est de permettre au fœtus d'atteindre un stade de maturité qui lui permettra de survivre à l'extérieur de l'utérus.

3.6.3 Exercice pratique

Il ne s'agit pas d'une rupture prématurée des membranes. Un code de la catégorie O42 peut être sélectionné seulement lorsqu'il est question de rupture spontanée des membranes et que celle-ci s'est produite plus d'une heure avant le commencement du travail. Toutefois, si la patiente n'accouche pas dans les 24 heures à la suite de la rupture artificielle des membranes, il s'agirait alors d'un accouchement retardé après rupture artificielle des membranes (O75.5–).

3.6.4 Exercice pratique

O42.111 *Rupture prématurée des membranes **avant terme**, avec début du travail au-delà de 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Les codes de rupture prématurée des membranes sont sélectionnés en fonction de l'âge gestationnel au moment de la rupture des membranes. Il s'agit aussi, dans ce cas, de rupture prolongée des membranes (O75.601).

3.6.5 Exercice pratique

Puisque le travail de la patiente n'a pas débuté, le code approprié de la catégorie O42 est O42.901 *Rupture prématurée des membranes, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*. Conformément à la remarque associée à ce code, on classifie ici « Rupture prématurée des membranes, sans début de travail ».

3.8.1 Étude de cas

O42.011 (M) *Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail dans les 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Indication pour le déclenchement du travail.

O60.301 (1) *Accouchement avant terme sans travail spontané, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Il faut aussi attribuer le code d'accouchement avant terme, à titre de code supplémentaire, même si le terme avant terme fait partie du titre de O42. Le terme avant terme de la catégorie O42 fait référence au nombre de semaines de grossesse au moment de la rupture des membranes et non à l'âge gestationnel au moment de l'accouchement.

O70.001 (1) *Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

Premier épisode d'intervention

5.MD.50.AA *Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie*

5.PC.80.JP *Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve*

Deuxième épisode d'intervention

5.AC.30.HA-I2 *Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique*

Justification : Il est obligatoire de codifier le déclenchement du travail.

Le déclenchement du travail est saisi comme un épisode d'intervention distinct, car il n'a pas été pratiqué dans l'unité d'accouchement (c.-à-d. qu'il y a eu un changement dans le lieu d'intervention). Reportez-vous au *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, groupe 11, champ 01 « Date du début de l'épisode d'intervention » pour de plus amples renseignements. La rupture prématurée des membranes a été prise en charge de façon active et non de façon conservatrice.

Chapitre 4 : Déclenchement et stimulation du travail

4.7.1 Exercice pratique

Le déclenchement du travail s'effectue avant le début du travail; la stimulation du travail s'effectue une fois le travail amorcé.

4.7.2 Exercice pratique

O14.001 *Prééclampsie légère à modérée, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum est le diagnostic principal dans ce cas*

Justification : Dans les cas de patientes qui nécessitent une césarienne, le diagnostic principal est l'indication de la césarienne, soit l'affection sous-jacente de la mère ou du fœtus. Dans le cas en question, il s'agit de la prééclampsie. Le code de diagnostic pour l'échec du déclenchement du travail est donc saisi à titre de diagnostic de type (1).

4.9.1 Étude de cas no 1

O75.881 (M) *Autres complications précisées du travail et de l'accouchement, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Justification : L'épuisement maternel est l'indication d'utilisation de la ventouse. Aucun trouble antepartum n'est responsable du séjour prolongé avant l'accouchement. L'indication d'utilisation d'un instrument pendant l'accouchement est donc considérée comme le diagnostic principal.

O62.001 (1) *Contractions initiales insuffisantes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La patiente est hospitalisée le 2 mai avec un diagnostic de phase de latence prolongée. Depuis 17 heures le 30 avril, elle a des contractions et le col utérin n'est dilaté qu'à 3 cm (c.-à-d. qu'il ne se dilate pas adéquatement). Selon la recherche dans l'index alphabétique :

Échec (d') (de)

– dilatation du col pendant le travail O62.0–



Remarque importante

Selon l'heure de début du travail inscrite dans le dossier d'accouchement, ce cas ne répond pas aux critères d'un premier stade de travail prolongé. D'après les données cliniques, la durée du travail pour l'attribution de O63.0– *Prolongation du premier stade (du travail)* et O62.3– *Travail trop rapide* devrait être calculée à partir du moment où commence la phase active, et non la phase latente, du premier stade du travail. Cela s'explique par le fait que les cliniciens ne veulent pas intervenir trop tôt durant la phase latente du travail. La phase latente représente la plus longue partie du travail et la plupart des femmes entrent spontanément dans la phase active. Ce n'est que lorsque la phase latente se prolonge que les médecins interviennent.

O63.101 (1) *Prolongation du deuxième stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Le deuxième stade de travail a duré 3 heures et 3 minutes, ce qui correspond aux critères du stade prolongé chez une patiente primipare.

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

Premier épisode d'intervention

5.MD.54.KK *Accouchement par traction par ventouse obstétricale, sans épisiotomie, traction par ventouse pour partie inférieure (basse)*

Justification : Selon les critères de la définition, la hauteur de présentation +2 à +3 correspond à l'utilisation d'une ventouse dans la partie inférieure.

Deuxième épisode d'intervention

5.LD.31.HA-I2 *Stimulation du travail par infusion d'un agent utérotonique.*

Justification : Il est obligatoire de saisir la stimulation du travail. L'heure du début du travail inscrite au dossier signifie le commencement de sa phase active. Puisque l'ocytocine administrée par voie intraveineuse a été débutée le 2 mai à 6 h 45 et le début de la phase active de travail était le 2 mai à 2 h, cette intervention représente une stimulation du travail. Ceci est par ailleurs confirmé par la documentation du médecin dans la note sur l'accouchement et l'information inscrite dans le dossier.

4.9.2 Étude de cas no 2

O48.001 (M) *Grossesse prolongée, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : L'échec du déclenchement du travail n'est pas l'indication de la césarienne. Cette intervention est pratiquée dans le but de prendre en charge l'état sous-jacent de la mère. Même si la première méthode d'extraction du fœtus a échoué, elle ne change en rien la raison initiale pour laquelle il fallait accélérer l'accouchement. Il faut inscrire l'échec du déclenchement médical à titre de diagnostic de type (1) supplémentaire.

O61.001 (1) *Échec du déclenchement médical du travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Le déclenchement n'a pas entraîné le travail, puis la patiente a opté pour la césarienne. Il s'agit donc d'un échec du déclenchement.

O36.631 (1) *Soins maternels pour croissance excessive du fœtus, troisième trimestre, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanée*

Premier épisode d'intervention

5.MD.60.AA *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation*

Statut : PB Primaire, Indiquée, Urgente

Justification : Dans le cas en question, la césarienne est effectivement indiquée. La grossesse prolongée nécessite d'accélérer l'accouchement. Toutefois, l'échec du déclenchement ne permet pas de poursuivre avec un accouchement vaginal. Puisque la césarienne n'était ni prévue ni planifiée, il s'agit d'une césarienne urgente.

Deuxième épisode d'intervention

5.AC.30.CK-I2 *Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique*

5.AC.30.HA-I2 *Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique*

Justification : Le déclenchement répond aux critères d'un échec d'intervention, qui est donc codifié de la même façon qu'un déclenchement réussi. L'intervention a eu lieu, mais elle n'a pas donné les résultats escomptés.

Chapitre 5 : Dystocie et travail difficile**5.8.1 Exercice pratique**

Pour attribuer un code de dystocie ou travail difficile de la CIM-10-CA, la mère doit avoir été en travail; le médecin doit avoir inscrit *travail difficile* dans le dossier ou la recherche dans l'index alphabétique doit mener à un code de dystocie. Consultez les *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*, Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité, *Dystocie et Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement*.

5.8.2 Exercice pratique

O62.001 *Contractions initiales insuffisantes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : L'indication de la césarienne dans ce cas consiste en une dilatation insuffisante du col de l'utérus (plus précisément, la dilatation du col n'a pas dépassé 4 cm). O62.0— Contractions initiales insuffisantes comprend la dilatation insuffisante du col.

5.10.1 Étude de cas no 1

O64.001 (M) *Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La tête fœtale n'est pas passée de la position occipito-postérieure à la position occipito-antérieure. L'utilisation d'une ventouse était donc nécessaire. Il s'agit d'une dystocie, le facteur en jeu est la position anormale.

O70.101 (1) *Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

5.MD.54.KK *Accouchement par traction par ventouse obstétricale, traction par ventouse pour partie inférieure (basse), sans épisiotomie*

Justification : Ventouse appliquée à la hauteur de présentation +2, ceci correspond à la partie inférieure.

5.PC.80.JP *Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve*

5.10.2 Étude de cas no 2

O66.201 (M) *Dystocie due à un fœtus anormalement gros, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La dystocie empêche le fœtus de descendre dans le canal génital et crée l'anneau de Bandl (l'état pathologique de l'anneau de rétraction). Il ne s'agit pas du syndrome de Demelin où ce sont les anneaux qui entravent la descente du fœtus. L'unique facteur inscrit au dossier dans ce cas est la taille du fœtus. Les difficultés du travail (O62.2–) et la dystocie (O66.9–) n'ont pas besoin d'être codées séparément. La patiente éprouve des difficultés pendant le travail en raison de la taille du fœtus, et les anomalies liées aux forces en jeu dans ce cas sont en réalité des contractions hypertoniques alors que l'utérus essaie de surmonter l'obstruction.

O62.401 (1) *Contractions utérines hypertoniques, non coordonnées et prolongées, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Le code comprend l'anneau de Bandl; il s'agit en réalité d'une conséquence directe de la dystocie.

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

Premier épisode d'intervention

5.MD.60.AA *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation*

Statut : PB Primaire, Indiquée, Urgente

Deuxième épisode d'intervention

5.LD.31.HA-I2 *Stimulation du travail par infusion d'un agent utérotonique*

5.LD.31.AP *Stimulation du travail par rupture artificielle des membranes*

Justification : Le travail a été spontané. Les interventions visent donc à stimuler le travail.

Chapitre 6 : Accouchement vaginal assisté**6.7.1 Exercice pratique**

Dans ce cas, on codifierait un forceps bas. Les forceps bas sont utilisés dans les cas où la saillie du crâne se situe à une hauteur de présentation égale ou inférieure à +2 cm.

6.7.2 Exercice pratique

Non, un seul code est nécessaire pour signifier l'utilisation d'une ventouse et la pratique d'une césarienne. Dans la CCI, l'utilisation d'un forceps ou d'une ventouse avant la césarienne ou par l'incision de la césarienne se codifie sous l'aide des qualificatifs appropriés de la rubrique 5.MD.60.^{^^} *Accouchement par césarienne.*

6.9.1 Étude de cas no 1

O64.001 (M) *Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : L'échec de l'utilisation de la ventouse ou d'un forceps ne devient pas une indication de la césarienne. La tentative d'utilisation d'instruments et la césarienne qui s'en suit sont toutes deux pratiquées pour remédier à la position anormale du fœtus. L'échec de l'utilisation d'une ventouse ou d'un forceps sera saisi à titre de diagnostic supplémentaire de type (1).

O66.501 (1) *Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

O63.101 (1) *Prolongation du deuxième stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

5.MD.60.JW *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), avec forceps*
Statut : PB Primaire, Indiquée, Urgente
Étendue : 01 Application unique (d'instruments) (facultatif)

Remarque

Si la patiente n'avait pas subi de césarienne, 5.MD.53.KP *Accouchement par forceps, rotation et traction, double application de forceps [p. ex., manœuvre de Scanzoni], sans épisiotomie* aurait été sélectionné. Il ne faut pas confondre ce code à celui dont l'attribut d'étendue mentionne l'utilisation de deux instruments, soit la rubrique 5.MD.60.^^. L'utilisation de deux instruments précisée par l'attribut d'étendue signifie l'application de la ventouse ou d'un forceps avant la césarienne et par l'incision de la césarienne. La double application de la rubrique 5.MD.53 signifie qu'un forceps a été utilisé pour faire tourner le fœtus, puis on l'a retiré et utilisé de nouveau pour extraire le fœtus.

6.9.2 Étude de cas no 2

O62.201 (M) *Autres formes d'inertie utérine, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Dans ce cas, aucun facteur en jeu n'a été précisé, le code de travail difficile SAI est approprié.

O75.701 (1) *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Il ne s'agit pas d'un échec de l'épreuve du travail, car la patiente n'a pas subi de césarienne. Elle a accouché par voie vaginale à l'aide d'instruments.

O63.101 (1) *Prolongation du deuxième stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La patiente multipare a reçu une épidurale et a poussé pendant plus de deux heures. Ces critères correspondent à la définition de prolongation du deuxième stade chez une multipare.

- Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*
- 5.MD.53.KK *Accouchement par forceps, rotation et traction, forceps inférieur (bas) (p. ex. manœuvre de Pajot), sans épisiotomie.*

Justification : Dans ce cas, il y a une différence au niveau de la documentation. Le médecin précise qu'il s'agit d'une intervention à l'aide d'un forceps moyen. Toutefois, il précise par la suite que le forceps a été utilisé à la hauteur de présentation +2. La définition de la SOGC précise que le forceps inférieur est utilisé dans les cas où la saillie du crâne se situe à un niveau de présentation égal ou inférieur à +2 cm. Selon cette définition, il s'agit d'un accouchement à l'aide d'un forceps inférieur. Lorsque les dossiers présentent des renseignements contradictoires, veuillez demander au médecin de clarifier la situation. Les dossiers constituent la source de la codification des données sur la morbidité, et il incombe aux dispensateurs de soins d'inscrire correctement les diagnostics et les interventions. Si le dossier ne renferme pas suffisamment de renseignements pour attribuer un code, le codificateur doit consulter le dispensateur de soins responsable pour connaître les détails. Les normes de codification ne peuvent pas indiquer comment codifier un dossier lorsque la documentation est incomplète.

Chapitre 7 : Présentation et extraction par le siège

7.4.1 Exercice pratique

- O64.101 *Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Selon la recherche dans l'index alphabétique :

Siège

- présentation (mère) O32.1
- – entraînant une dystocie O64.1

Puisque la patiente se présente en plein travail, il convient d'attribuer un code de dystocie dans ce cas. L'attribution de codes de dystocie ne veut pas nécessairement dire qu'il y avait dystocie, mais plutôt que des mesures (p. ex., une césarienne) ont été prises pour la prévenir.

7.4.2 Exercice pratique

5.MD.56.NL *Accouchement par le siège, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté], avec dégagement spontané de la tête, sans épisiotomie*
est le code exact de la CCI à attribuer puisqu'il comprend la manœuvre de Loveset lorsque ce type d'accouchement est pratiqué seul.

7.6.1 Exercice pratique

O64.801 (M) *Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La patiente avait amorcé le travail. Le médecin a pratiqué une extraction totale par le siège. Il s'agit donc d'une dystocie.

Présentation (fœtale) (obstétricale) (de) (par) (voir aussi Position)

– transverse (mère) O32.2

– – dystocique, entraînant une dystocie O64.8

O30.001 (1) *Grossesse multiple, jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Z37.200 (3) *Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

5.MD.56.NQ *Accouchement par le siège, extraction totale par le siège, avec dégagement assisté de la tête dernière, sans épisiotomie*

Justification : Le corps entier du fœtus est extrait par le médecin. Il s'agit donc d'une extraction totale par le siège. Il a aussi pratiqué la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit pour dégager la tête dernière.

5.MD.40.JB *Version et/ou rotation lors de l'accouchement, par version podalique interne*
Comprend : rotation du fœtus, in utero, avec main et doigts dans l'utérus, pour qu'il se présente par le siège.

Justification : Avant de pouvoir extraire le fœtus par le siège, le médecin doit pratiquer une version interne pour faire passer le fœtus de la présentation transversale à la présentation par le siège.

5.MD.50.AA *Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie*

Justification : Dans le cas des accouchements de grossesses multiples, on codifie séparément chacune des méthodes d'accouchement.

Chapitre 8 : Césarienne

8.5.1 Exercice pratique

Faux, les contractions sont plus fortes dans le segment supérieur de l'utérus. C'est la raison pour laquelle les patientes ayant subi une césarienne classique doivent nécessairement accoucher par césarienne lors de leurs grossesses subséquentes, mais une épreuve de travail est possible pour celles qui ont subi une césarienne du segment inférieur. La cicatrice que laisse une incision classique dans le segment supérieur présente un danger de rupture pendant le travail d'une grossesse subséquente.

8.5.2 Exercice pratique

RB Répétée, Indiquée, Urgente

Justification : Cette patiente a subi deux césariennes antérieures et doit nécessairement accoucher par césarienne lors de ses grossesses subséquentes en raison de la fragilité de son utérus (cicatrice utérine due à plusieurs incisions). Même si cette césarienne était au départ une intervention répétée planifiée, le début du travail a entraîné un changement de la date prévue. Pour cette raison, la situation est passée de « planifiée » à « urgente » (de RA à RB).

8.7.1 Étude de cas

O62.001 (M) *Contractions initiales insuffisantes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

O66.401 (1) *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La raison pour laquelle l'épreuve du travail a échoué est que le col de l'utérus ne s'est pas dilaté à plus de 3 cm.

O48.001 (1) *Grossesse prolongée, accouchement avec ou sans mention de troubles antepartum*

O24.801 (1) *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement avec ou sans mention de troubles antepartum*



Remarque

Le diabète gestationnel se définit par une intolérance au glucose relevée dès le début de la grossesse ou pendant son développement. Dans la majorité des cas, le diabète gestationnel se résorbe après l'accouchement. Une intolérance au glucose peut se déclarer avant la grossesse sans être remarquée ou commencer en même temps que la grossesse. Il faut codifier le diabète sucré diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse à O24.8– *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)*. Lorsque le diabète est diagnostiqué **avant la grossesse**, attribuez le code approprié de la sous-catégorie O24.5– à O24.7– *Diabète sucré au cours de la grossesse*. Lorsque la patiente souffre déjà de complications liées à un diabète sucré pré-existant, attribuez autant de codes supplémentaires des catégories E10 à E14 que nécessaire pour saisir tous les troubles évalués et pris en charge pendant l'hospitalisation. Lorsqu'il y a mention d'un diabète sucré pré-existant décrit comme étant mal contrôlé, attribuez aussi E1–.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi*. Inscrivez d'abord les codes de diabète du chapitre XV avant ceux du chapitre IV.

O72.102 (2) *Autres hémorragies immédiates du post-partum, accouchement, avec mention de complications post-partum*

Justification : La patiente a subi une césarienne et, même si la perte sanguine n'était que de 800 cc, le médecin a inscrit qu'il s'agissait d'une hémorragie post-partum en raison d'atonie utérine.

Z37.000 (3) *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées*

Premier épisode d'intervention

5.MD.60.AA *Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation*

Statut : RB Répétée, Indiquée, Urgente

5.PC.91.HU *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement), compression et massage bimanuels*

5.PC.20.AL-I2 *Pharmacothérapie post-partum, voie d'administration combinée, ocytociques, (facultatif)*

Justification : Injection d'ocytocine par intraveineuse et par voie rectale

Deuxième épisode d'intervention

5.AC.30.AP *Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes*

5.AC.30.HA-I2 *Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique*

Chapitre 9 : Hémorragie post-partum

9.6.1 Exercice pratique

Oui, il convient d'attribuer un code d'hémorragie post-partum de la CIM-10-CA dans le cas présent. Attribuez un code d'hémorragie post-partum si le médecin a indiqué qu'il y a eu hémorragie post-partum, et ce, même si le critère relativement à la quantité de sang perdu (supérieure ou égale à 500 cc/1 000 cc) n'est pas respecté.

9.6.2 Exercice pratique

Non, le code de diagnostic O72.102 *Autres hémorragies immédiates du post-partum, accouchement, avec mention de complications post-partum* devrait figurer à titre de diagnostic principal seulement et non pas à titre de diagnostic de type (2). Lorsque l'hémorragie post-partum est le diagnostic principal, il n'est pas nécessaire de le répéter en tant que diagnostic de type (2). Le sixième caractère 2 d'un code d'obstétrique désigne le diagnostic en tant que comorbidité après l'admission.

9.8.1 Étude de cas

O72.104 (M) *Autres hémorragies immédiates du post-partum, troubles ou complications post-partum*

Justification : Quatre heures après l'accouchement, une hémorragie s'est produite. Il semble que la cause de cette hémorragie soit l'atonie utérine et les déchirures obstétricales.

O70.104 (1) *Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré, troubles ou complications post-partum*

Justification : On codifie les déchirures obstétricales au deuxième degré de la paroi vaginale jusqu'au périnée à la catégorie O70. —, puis les déchirures obstétricales sans atteinte du périnée à O71.4.

O90.204 (1) *Hématome d'une plaie obstétricale, troubles ou complications post-partum*

Justification : Il y a un saignement « actif » provenant de la déchirure obstétricale et une réparation a été requise pour contrôler l'hémorragie. Un saignement se produisant à la suite d'un traumatisme et qui se manifeste après l'accouchement (c.-à-d. qu'il n'y avait pas de saignement durant l'accouchement) est classé à O90.2–, qui comprend « hémorragie d'une plaie obstétricale ».

5.PC.91.HR *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement), exploration manuelle de la cavité utérine*

5.PC.80.JP *Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve*

5.PC.20.HA-I2 *Pharmacothérapie postpartum, approche percutanée [p. ex., intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], ocytociques (facultatif)*

Chapitre 10 : Détresse fœtale

10.6.1 Exercice pratique

Non, il ne conviendrait pas d'attribuer un code pour des signes d'asphyxie fœtale dans le cas présent. **O68.3– Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine** ne peut être inscrit dans l'abrégié sans preuve de signes d'acidémie en laboratoire. Les valeurs confirmant l'acidémie fœtale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sont un pH artériel inférieur ou égal à 7,0 et/ou un déficit basal artériel supérieur ou égal à 12 mmol/L. O68.3– n'est pas attribué en fonction des indices d'Apgar.

10.6.2 Exercice pratique

O68.201 *Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : La patiente est en travail. Selon les renseignements du dossier, il y a des anomalies du rythme cardiaque fœtal (décélérations tardives) et présence de méconium. La recherche dans l'index alphabétique est la suivante :

Accouchement, accouchements (mère) (unique) (voir aussi Résultat de l'accouchement)
– compliqué (par)
– – fœtus (avec)
– – – anomalie de la fréquence cardiaque (avec) O68.0–
– – – – présence de méconium dans le liquide amniotique **O68.2–**



Remarque

Pour les études de cas suivantes, on se concentre sur les codes liés à l'acidémie ou à la détresse fœtale et aux troubles liés à la mère ou au nouveau-né.

10.8.1 Étude de cas no 1

Nouveau-né

P20.2 *Acidémie fœtale constatée pour la première fois à la naissance*

Justification : Les valeurs du sang du cordon ombilical $\leq 7,0$ sont la preuve de la présence d'acidémie.

Mère

O68.301 *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Il y a documentation de preuves d'acidémie (valeurs du sang du cordon), ce qui indique un épisode d'asphyxie.

10.8.2 Étude de cas no 2

Nouveau-né

P20.2 *Acidémie fœtale constatée pour la première fois à la naissance*

Justification : Les valeurs du sang du cordon ombilical $\leq 7,0$ sont la preuve de la présence d'acidémie.

P91.6 *Encéphalopathie ischémique hypoxique du nouveau-né*

Justification : Si l'épisode hypoxique dure un certain temps, le fœtus pourrait en souffrir. Inscrivez tout code supplémentaire permettant de préciser les troubles néonataux, l'encéphalopathie ischémique hypoxique par exemple, susceptibles d'entraîner des dommages.

Mère

O36.331 *Soins maternels pour signes de mort apparente du fœtus, troisième trimestre, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

Justification : Il faut codifier les signes de détresse fœtale observés avant le début du travail sous O36.3 et non O68.

Annexe B : Références

1. Oxorn H. *Oxorn–Foote Human Labor & Birth*. 5^e édition. 1986.
2. DeCherney H, Nathan L. *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. 9^e édition. 2003.
3. International Association for Maternal and Neonatal Health. *Perinatal Education Programme — The First Stage of Labour: The Condition of the Mother*. 2005.
4. Organisation mondiale de la santé. [Managing Complications of Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors](#). 2017.
5. Institut canadien d'information sur la santé. [Donner naissance au Canada : Un profil régional](#). 2004.
6. Davies GA, Hahn PM, McGrath MM. [Vaginal Birth After Cesarean Section : Physicians' Perceptions and Practice](#). *Journal of Reproductive Medicine*. 1996.
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. [Clinical Practice Guidelines — Prevention and Management of Post-partum Haemorrhage](#). 2000.
8. Cunningham FG et al. [Chapitre 35 : Obstetrical Hemorrhage](#). In : *Williams Obstetrics*. 23^e édition. 2010.
9. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. [International Joint Policy Statement— Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-Partum Hemorrhage](#). 2003.
10. B-Lynch C, et al. [The B-Lynch Surgical Technique for the Control of Massive Post-Partum Haemorrhage: An Alternative to Hysterectomy?](#). *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997.
11. Ghezzi F, et al. [The Hayman Technique: A Simple Method to Treat Post-Partum Hemorrhage](#). *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2007.
12. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. [Clinical Practice Guidelines — Fetal Surveillance in Labour](#). 2002.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

22079-1022

